





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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.630.530/0001-58 | Insc. Est. 0208963-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA ELIANE DE LIMA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA LEL JIARU LEMUS

CPF 055 201 374-98 NIS 16377794976

IS/M CORREIA HENRIQUE JACINTIM
BELO JARDIM PE
55153-005

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
BARRA RENDA COMMS

CONTA CONTRATO MÊS/MO
0107645012 06/2019
DATA DE VENCIMENTO DATA DE VENCIMENTO PERSONAL LECTURA
21/06/2019 05/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 45,48

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

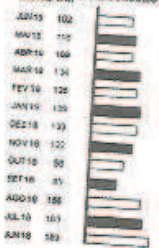
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30 0000000	0,18500000	5,55
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	79 0000000	0,2774757	21,90
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	2 0000000	0,47967138	0,95
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,47
Contrib. Irm. Publica Municipal			5,55
Religação de Unidade Consumidora			7,00
Multa por atraso NF 060878029 - 07/05/19			0,75
Multa por atraso NF 057026083 - 05/04/19			0,65
Juros por atraso NF 060878029 - 07/05/19			0,21
Juros por atraso NF 057026083 - 05/04/19			0,59
Atualização IGPM NF 060878029 - 07/05/19			0,21
Atualização IGPM NF 057026083 - 05/04/19			0,47

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	DEAS	Nº DE CONSTANTES	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
111250	SAI	07-05-2019	40 219,24	40 219,24	07-06-2019	40 219,24	40 219,24	0	1 000,00		19,00
111250	CAI	07-05-2019	40 219,24	40 219,24	07-06-2019	40 219,24	40 219,24	0	1 000,00		0,00
111250	CAI	07-05-2019	40 219,24	40 219,24	07-06-2019	40 219,24	40 219,24	0	1 000,00		0,00

MONITORAMENTO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	18,13	0,17
PIS	0,65	0,01
COPIS	0,65	0,01

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

TIPO DE CONSUMO	VALOR	PERCENTUAL
Transmissão	11,62	16,74%
Distribuição (Cabo)	9,07	13,44%
Perdas de Tensão	6,54	9,44%
Perdas de Transformação	1,54	2,17%
Total	28,83	100%

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

TAXAS APLICADAS

111250	0,24
04713000	0,47

ASSINADO AO FISCAL
71AF 062 0519 0001 0000 0001 0000 0001

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

De acordo com a Lei nº 10.438, de 26/04/2002, a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores que possuem renda familiar mensal de até R\$ 220,00. Para obter o benefício, o consumidor deve apresentar declaração de renda assinada por todos os membros da família, com o valor da renda mensal de cada um deles, e a renda total da família, no valor de até R\$ 220,00. A tarifa social de energia elétrica é aplicada sobre o consumo de energia elétrica, exceto o consumo de energia elétrica destinado ao uso comercial, industrial ou de prestação de serviços.

Atenção: a tarifa social de energia elétrica é aplicada sobre o consumo de energia elétrica, exceto o consumo de energia elétrica destinado ao uso comercial, industrial ou de prestação de serviços.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	VALOR	DESEMPENHO	DESEMPENHO	DESEMPENHO
CONSUMO	0,00	0,00	0,00	0,00
DESEMPENHO	0,00	0,00	0,00	0,00
DESEMPENHO	0,00	0,00	0,00	0,00

111250 - Valor da Tarifa Social de Energia Elétrica - R\$ 14,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: GILBERTO CLARINDO DA SILVA, brasileiro, casado, mecânico, portador do RG nº 4.930.994 SDS/PE e CPF nº 000.362.914-71, residente e domiciliado na Rua Cel. João Leite, nº25, Bairro Bom Conselho/Belo Jardim/PE, CEP 55153-005.

OUTORGADA: SANDRA DOS SANTOS MOURA, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 39.525, com escritório profissional na Rua Eurico Rodrigues, 146, Bairro: Edson Mororó Moura, Belo Jardim/PE, CEP55150-540, e-mail:sandrados santosmoura@hotmail.com onde recebe notificações e intimações.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA: Declaro para os devidos fins de direito que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições de arcar com custas processuais e administrativas sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família.

Por este instrumento particular de procuração, constituo minha bastante procuradora a outorgada, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, e especialmente **para: PROPOR AÇÃO em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato. A presente procuração outorga a Advogada acima descrita, os poderes especiais para **confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica**, tudo isso em consonância com o artigo 105 do NCPC. E praticar todos os demais atos que se fizerem



necessários ao fiel cumprimento deste mandato, podendo ainda, substabelecer esta a outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Belo Jardim/PE. 24 de julho de 2019.

Gilberto dos Anjos da Silva

Sandra dos Santos Menezes
Advogada
OAB/PE 39.585



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Ficou estabelecido entre as partes já qualificadas o percentual de 20% (vinte por cento) incidente sobre o valor do acordo ou da condenação corrigidas e atualizadas, mais 10% (dez por cento) em caso de recurso. Ficando MM. Juiz a proceder à retenção dos honorários convencionados.

CONTRATANTE: GILBERTO CLARINDO DA SILVA, brasileiro, casado, mecânico, portador do RG nº 4.930.994 SDS/PE e CPF nº 000.362.914-71, residente e domiciliado na Rua Cel. João Leite, nº25, Bairro Bom Conselho/Belo Jardim/PE, CEP 55153-005.

CONTRATADA: SANDRA DOS SANTOS MOURA, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 39.525, com escritório profissional na Rua Eurico Rodrigues, 146, Bairro: Edson Mororó Moura, Belo Jardim/PE, CEP55150-540, e-mail:sandradossantosmoura@hotmail.com onde recebe notificações e intimações.

Belo Jardim/PE, 24 de julho de 2019.

Contratante: Gilberto Clarindo da Silva
Contratada: Sandra dos Santos Moura

Sandra dos Santos Moura
Advogada
OAB/PE 39.525





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 104ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELO JARDIM -
DP104ªCIRC DINTER1/15ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0194000350

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/02/2019** às
09:21

Complementa o BO Número: 18E0194002938

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **15/10/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1. LADEIRA DA
MAFIZA - Bairro: SANTO ANTONIO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**ID (AUTOR AGENTE)
GESSIANNY EMANUELLY DE LIMA SILVA (NOTICIANTE)
MARIA GRACILETE TAVARES (OUTRO)
GILBERTO CLARINDO DA SILVA (VITIMA)
JAKSON (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JAKSON**

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

**GILBERTO CLARINDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA ROSILDA SILVA Pai: JOSÉ CLARINDO DA SILVA Data de Nascimento: 24/3/1974
Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4936954/99P/PE (RG).
99938291471 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: MECANICO Telefones Celulares:
- 81993734408**

**Endereço Residencial: AVENIDA CORONEL JOAO LEITE, 28 - CEP: 8 - Bairro: BOM
CONSELHO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**GESSIANNY EMANUELLY DE LIMA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: MARIA ELIANE DE LIMA SILVA Pai: GILBERTO CLARINDO DA SILVA**



Data de Nascimento: 26/9/1998 Naturalidade: **BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 31993734488**

Endereço Residencial: **AVENIDA CORONEL JOAO LEITE, 28 - CEP: 0 - Bairro: BOM CONSELHO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA GRACILETE TAVARES (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

I.D. - 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): **MARIA GRACILETE TAVARES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAKSON**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CBX250 TWISTER** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MMP2066 (PERNAMBUCO/BELO JARDIM)** Renavam: **806280774** Chassi: **9C2MC35003R129732**
Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

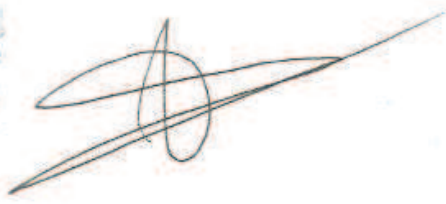
A NOTICIANTE RELATA QUE SEU PAI ESTAVA COMO PASSAGEIRO DA MOTO CONDUZIDA POR JAKSON, SUBINDO A LADEIRA DA MAFISA. QUANDO UM VEÍCULO QUE ESTAVA PARADO NO ACOSTAMENTO ENTROU DE VEZ NA VIA E ACABOU PROVOCANDO O ACIDENTE. O SAMU FOI ACIONADO E SOCORREU AS VITIMAS PARA O HOSPITAL DE BELO JARDIM, MAS, DEVIDO A GRAVIDADE, SEU PAI FOI TRANSFERIDO PARA O REGIONAL DE CARUARU COM FRATURA NA FACE E OMBRO., ENQUANTO CONDUTOR QUEBROU O PÉ DIREITO.

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

GILBERTO CLARINDO DA SILVA
(VITIMA)

GESSIANNY EMANUELLY DE LIMA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MANOELA TAVARES CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE -**
Matricula: **3876741**



HOSPITAL REGIONAL AGRESTE EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 454204 Prontuário: 327218

Nome: GILBERTO CLARINDO SILVA
 Data Nas.: 24/03/1974 Idade: 44 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: 4930994 CNS: 125318214750007
 Endereço: RUA JOSE WELLINGTON SANTOS Nº:
 Bairro: SAO PEDRO Cidade: BELO JARDIM Estado: PE
 CEP: 55155380 Fone: 993734408 Profissão: MECANICO
 Nome da Mãe: MARIA ROSILDA DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 Clínica: CIRURGIA GERAL

- ATENDIMENTO Data: 15/10/2018 18:21 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Queixa principal: lesão de cabeça e pescoço após queda de moto. Trauma com dor no local. Exame físico: PA: FC: FR:

Exame Físico:

Exame físico: PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Diag. Provisório: Lesão de cabeça e pescoço após queda de moto. Trauma com dor no local. Exame físico: PA: FC: FR:

Prescrição:

Dieta: 2Bia

	Horário
08:00 - 12:00	18:00 - 19:00
12:00 - 13:00	19:00 - 20:00
13:00 - 14:00	20:00 - 21:00
14:00 - 15:00	21:00 - 22:00
15:00 - 16:00	22:00 - 23:00
16:00 - 17:00	23:00 - 24:00
17:00 - 18:00	
18:00 - 19:00	
19:00 - 20:00	
20:00 - 21:00	
21:00 - 22:00	
22:00 - 23:00	
23:00 - 24:00	

1 de 2



② Robert po.

José Sánchez Pinedo
Cirujano Bucal
CRO - 0716 DE

RECIBO
DIRECCIÓN GENERAL
DE REGISTROS Y CONTABILIDAD
FOLIO 877-10 PE

☐ Paciente ☐ Familiar

Data: 1 1

Assinatura

☐ Paciente ☐ Familiar

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Data: / / Hora: Médico: CRM:

Usuario do Atendimento

2 de 2

ANTONIORN



Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: 116 4930991
Nome: Gilberto Claudino da Silva Idade: 43 anos
Data de Nascimento: 24/03/74 Sexo: M Cor: Branco Estado Civil: Casado
Naturalidade: Belo Jardim Profissão: Mecânico
Endereço: Fazio Leite Filho Bem Conselho
Procedência: Belo Jardim Telefone:

Responsável: Maria Eliane de B. Silva Parentesco: Esposa
Endereço: Trazido por Saúde Fone:
Trazido por: Endereço: Fone:

Local do Acidente: Data: / / Hora:
NATUREZA DO ACIDENTE
☐ Casual ☐ Acid. do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico
História da Doença Atual: *doença de Hato*
15

EXAME - FÍSICO
Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:
Diagnóstico Provisório:

Lido Amora





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME: <u>JOÃO CARLOS DE SOUZA</u>		IDADE: <u>45</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>P</u>	
HOSPITAL: <u>UNIVERSITÁRIO</u>		EXTERNA: <u>N</u>	LEITO: <u>10</u>	Nº PRONTUÁRIO: <u>123456</u>	
DATA: <u>12/10/2019</u>	PREL. DO AF. LER. AL:	PULSO:	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMATÓCRIO:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLUCOSE:	URÉIA:
URIN:			OUTROS:		
AP. RESPIRATÓRIO:				ASMA:	
AP. CIRCULATÓRIA:				BRONQUITE:	
AP. DIGESTIVO:				ELETROCARDIOGRAMA:	
ESTADO MENTAL:		TESTES:	PESLOÇO:	AP. URINÁRIO:	
DIAGNÓSTICO PR. OPERATÓRIO:		ART. R. PULSOS:	CORTICÓIDES:	ALERGIA:	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:		ANEST. ANTERIORES:		HIPOTENSORES:	
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA:		APLICADAS AO:		EFEITO:	

AGENTES ANESTÉSICOS	OL													INDUÇÃO		
	OLHOS													SATISF. _____ EXCIT. _____ TOSSE _____		
CÓDIGO DE CORES	VERMELHO													LARINGO ESPASMO: _____ LENTA _____		
	AMARELO													NÁUSEAS: _____ VÔMITOS _____		
VIT. A, B, C, D, E, K, P, S, T, U, V, W, X, Y, Z	VERDE													OUTROS: _____		
	AZUL													MANUTENÇÃO		
VIT. A, B, C, D, E, K, P, S, T, U, V, W, X, Y, Z	VERDE													ANESTESIA SATISF. SIM _____ NÃO _____		
	AMARELO													NÃO, POR QUÊ? _____		
VIT. A, B, C, D, E, K, P, S, T, U, V, W, X, Y, Z	VERDE													DESPERTAR		
	AMARELO													REFLEXOS NA DO: _____		
VIT. A, B, C, D, E, K, P, S, T, U, V, W, X, Y, Z	VERDE													OBSTR. _____ CO _____ ECIT. _____		
	AMARELO													NÁUSEAS: _____ VÔMITOS _____		
VIT. A, B, C, D, E, K, P, S, T, U, V, W, X, Y, Z	VERDE													OUTROS _____		
	AMARELO													COM CÂNULA		
VIT. A, B, C, D, E, K, P, S, T, U, V, W, X, Y, Z	VERDE													PARA O LEITO: SIM _____ NÃO _____		
	AMARELO													CONDIÇÕES: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		<i>Handwritten notes and symbols in the grid area.</i>														
POSICÃO																
AGENTES		<i>Handwritten list of agents: Propofol, Fentanyl, Sufentanil, etc.</i>														
TÉCNICA		<i>Handwritten notes on technique.</i>														
OPERAÇÃO		<i>Handwritten notes on the operation.</i>														
CIRURGIÃO		<i>Handwritten signature: Arnaldo Brito Filho</i>														
ANESTESISTA		<i>Handwritten signature: George Elias Magalhães</i>														
OBSERVAÇÕES		<i>Handwritten observations.</i>														



Assinado eletronicamente por: SANDRA DOS SANTOS MOURA - 18/10/2019 16:51:04

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101816510411700000051787785

Número do documento: 19101816510411700000051787785

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
		MMP2656	
		2007	

		Imprimir Consulta	
		MMP2656	
PASSA / MOTOCICLET		GASOLINA	
HONDA/CBX 250 TWISTER		2003	2003
PARTICULAR PRETA			
30/08/2019			
ALIENACAO FIDUCIARIA			
PUXINANA		06/03/2019	
		Último Licenciamento: 2007 Proprietário: ***** Placa: MMP2656 Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: HONDA/CBX 250 TWISTER Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET Ano de Fabricação: 2003 Ano Modelo: 2003 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: PRETA Vencimento Licenciamento: 30/08/2019 Observação: Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA Financeira: ##### Município: PUXINANA Situação: IMPEDIMENTO ADMINIST Data da Consulta: 06/03/2019	





Secretaria de Saúde do Município
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA



ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO OBSTETRÍCIA

PACIENTE:

PA:

IG:

DILATAÇÃO DO COLO:

BCF:

DUM:

USG:

APRESENTAÇÃO:

bpm:

BOLSA D'ÁGUA:

HD:

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO(A) PARA:

SENHA:

DATA

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL NA UNIDADE DE ORIGEM ☐
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ☐
OUTRO SERVIÇO ☐

NOME

CRM

DATA



Atendimento: 454204

Pedido:



114315

Data Pedido: 15/10/2018

Controle: 32554

Paciente: 327219 GILBERTO CLARINDO SILVA

Nascimento: 24/03/1974 (44a 6m 23d)

Leito: Unid. Intern:

Médico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA

Sector Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA

Sector Examinante: RADIOLOGIA

Sexo: MASCULINO

Convenio: SUS - AMBULATORIO

Local: SALA DE EXAME

Motivo: ROTINA

Plano: PLANO UNICO

Observações:

Médico Executante:	0	Não informado			
Accession Number	Access. N. Hex	Código	Descrição		Entrega
240152	114315	855	RADIOGRAFIA DE BACIA (AP)		15/10/2018
240150	114315	374	RADIOGRAFIA DE COLUMA CERVICAL (AP)		15/10/2018
240156	114315	1	RADIOGRAFIA DE FACE (AP)		15/10/2018
240157	114315	2	RADIOGRAFIA DE FACE (PERFIL)		15/10/2018
240154	114315	1001	RADIOGRAFIA DE FACE OPN		15/10/2018
240153	114315	931	RADIOGRAFIA DE FACE WATERS		15/10/2018
240155	114315	1076	RADIOGRAFIA DE OMBRO ESQUERDO (AP)		15/10/2018
240151	114315	1054	RADIOGRAFIA DE TORAX (AP)		15/10/2018



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuário da Internação
ROSANGELASSB



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente		Data Int.: 15/10/2018 21:02	Atendimento: 454259	Nº AIH:
Nome: GILBERTO CLARINDO SILVA		Prontuário: 327219		
Data Nas.: 24/03/1974	Idade: 44	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA	Religião:
CPF:	RG: 4930994	CNS: 125318214750007		Nº: 0
Endereço: RUA JOSE WELLINGTON SANTOS		Estado: PE		
Bairro: SÃO PEDRO	Cidade: BELO JARDIM		Profissão: MECANICO	
CEP: 56155380	Fone: 993734405			
Nome da Mãe: MARIA ROSILDA DA SILVA				
Nome do Conjuge:				
Nome:				
Parentesco:	RG:	Fone:		
2 - Internar Para:				
Clínica: CIRURGIA GERAL				
Unidade de Internação: NEUROCIRURGIA/BUCO MAXILO			Leito: NEURO 90	
Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico):				
Procedimento Solicitado:			CÓD.:	
Procedimento Realizado:			CÓD.:	
3 - Atendimento Médico				
Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesiista Ass./Carimbo
				Méd. Assist. Ass./Carimbo
4 - Procedimentos Especiais				
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ VACINA ANTI RH ☐ USO DE DERIVADOS DE SANGUE ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGENADORES ☒ NUTRIÇÃO PARENTERAL				
5 - História Clínica				
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
MOTIVO DE ALTA				
DATA DE INTERNAMENTO		DATA DE ALTA		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
15/10/2018 21:02				

1 de 2







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190159923

Vítima: GILBERTO CLARINDO DA SILVA

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILBERTO CLARINDO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00179/00180 - carta_03 - INVALIDEZ

00070090



Carta nº 14117254





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190159923

Vítima: GILBERTO CLARINDO DA SILVA

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILBERTO CLARINDO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01973/01974 - carta_03 - INVALIDEZ

00050987



Carta nº 14004936





União de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS)**

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

5 - Nº DO PROPRIETÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CEP

CEP

CEP

CEP

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPAANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPAANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

() CNS () CPF



RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Gilberto Clerindo

Registro Nº: 32.72.19

Clinica:

Enfermaria:

A Otitis

Paciente com tipica em
MS D há ± 07 dias.

Solicite avaliação e
conduta

Dr. Patrícia
on 07 horas
30-11-18

Data 23/10/18

d.
Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eliada Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



Secretaria de Saúde do Estado de
HOSPITAL REGIONAL

DEB SUS/PE
TE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº:

Clinica:

Enfermagem:

11/06/2019

PA de Ace.

Pr de Motric.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
Médico - CRM

O primeiro Cigano é uma passagem para o vício
Elege Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: _____
 Nome: Cláudio Augusto Silva
 Registro Nº: 227.124
 Clínica: _____ Enfermaria: _____

med GOTT

HC dos familiares

Dr. Daniela Mangueira Câmara
Psicóloga
CRP 14634

18/10/18

Data: _____ Médico - CRM _____

1º Lugar 2º Concurso 89

1º Lugar 2º Concurso 89



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade

Nome:

Registro Nº

Clinica

Enfermaria



Data Podido: 16/10/2018

Contrôle: 92674

Nascimento: 24/03/1974 (44a 6m 24d)

SALA VERMELHA

TESTE

Local: SALA DE EXAME

Plano: PLANO UNICO

Sexo: MASCULINO

Entrega

LA DE OMBRO ESQUERDO (AP)

10/10/2018

LA DE OMBRO ESQUERDO (PERFIL)

16/10/2018

ORTOPEDIA (SBOT) - CIRURGIÃO DE TRAUMA (CRC / SBOT)
RECONSTRUÇÃO E ALOJAMENTO OSSEO (ASAM)
Dr. Gustavo Libório
GRUPO 15582 - TEO 15585
ORTOP - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA DO AGRESTE
Av. Agamenon Magalhães 1115 - Mourão de Nassau
Cidade - PE 53000-000 Hospital com
Fone: (081) 3709 2000 - 3709 3752 (1181)

Data

Médico - CRM

O primeiro lugar é uma passagem para o vício
Milda Montero de Souza

1º lugar

2º Concurso 88

RX - REALIZADO

DATA 16/10/2018

HORA 14:00

TC

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | SES/PE



Estado do Estado de Pernambuco - SES SUSPE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: *HSA*
Nome: *Elaine de Oliveira*
Registro Nº: *322719*
Clínica: *Peri* Enfermaria:

Relatório
Rx Kister
Rx de exame de sangue
Rx de exame de urina

Data: *16/10/18*

[Assinatura]
Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elaine Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 88

Emissão por: *[Assinatura]*
Em: 16/10/2018 09:24



Data Pedido: 16/10/2018

Controle: 92693

Nascimento: 24/03/1974 (44a 6m 24d)

1 SALA VERMELHA

ESTE

Sexo: MASCULINO

Local: SALA DE EXAME

Plano: PLANO UNICO

IA DE CRÂNIO (TAWNE)

IA DE FACE (API)

IA DE FACE (PERFIL)

IA DE FACE WATERS

Entrega

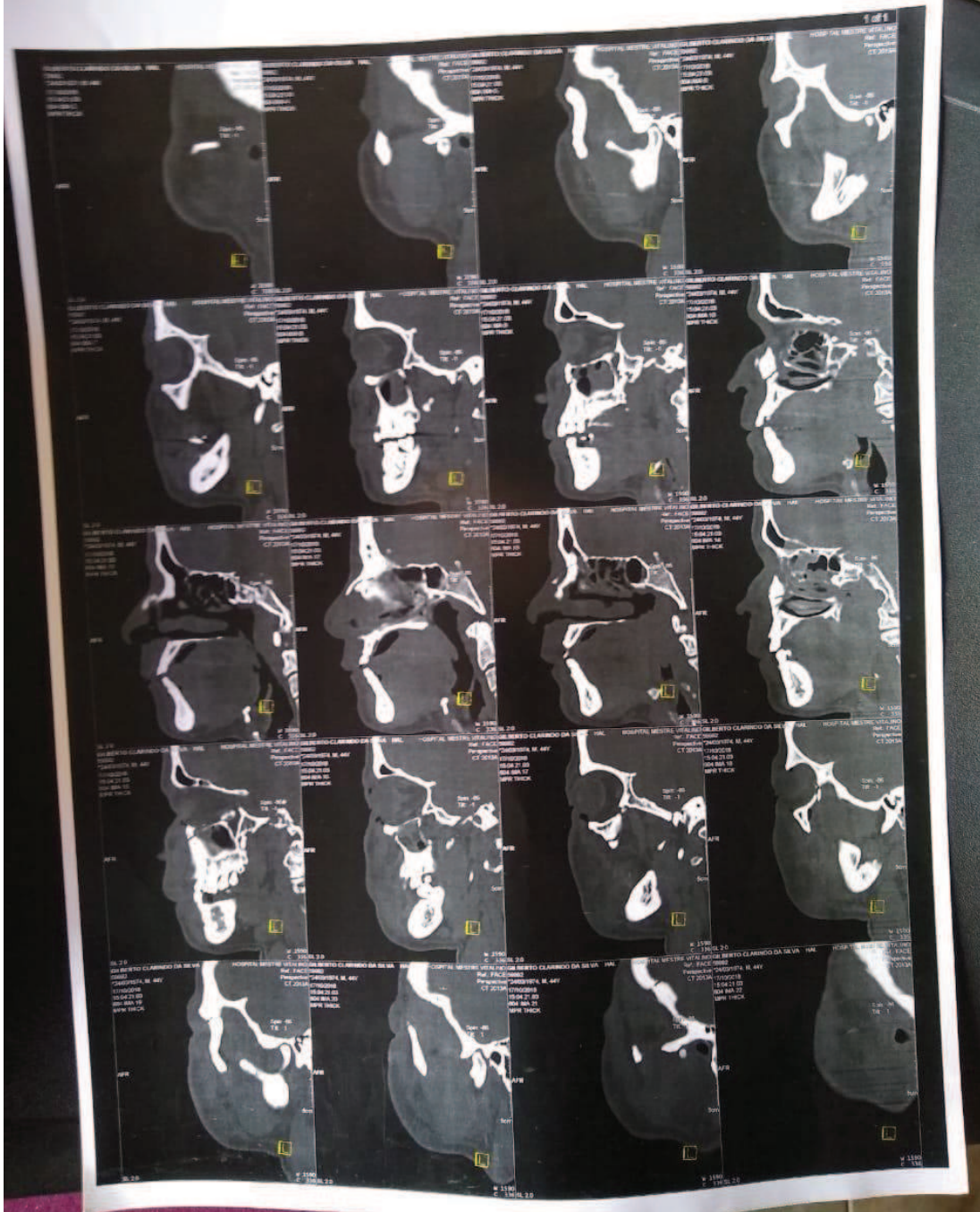
16/10/2018

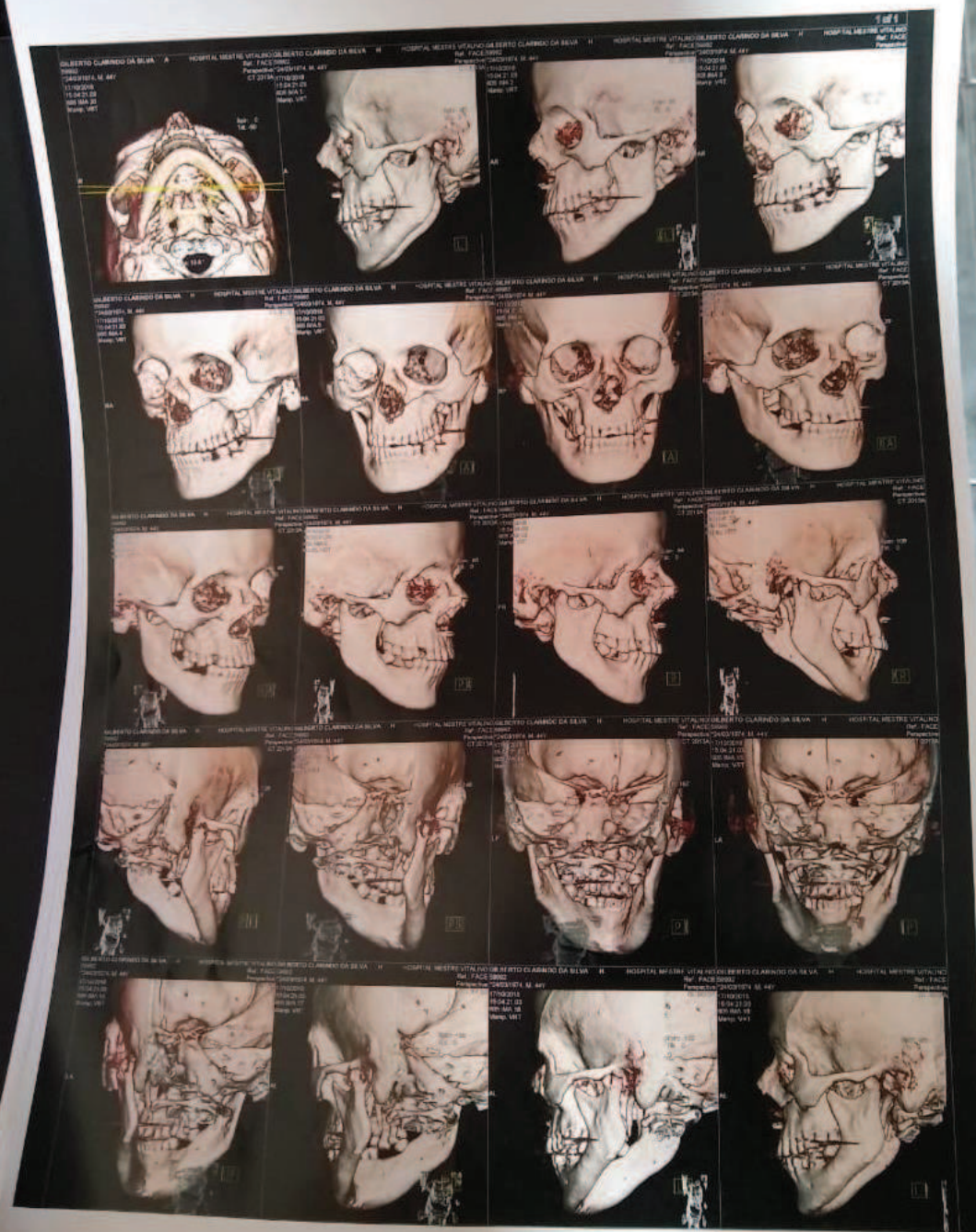
16/10/2018

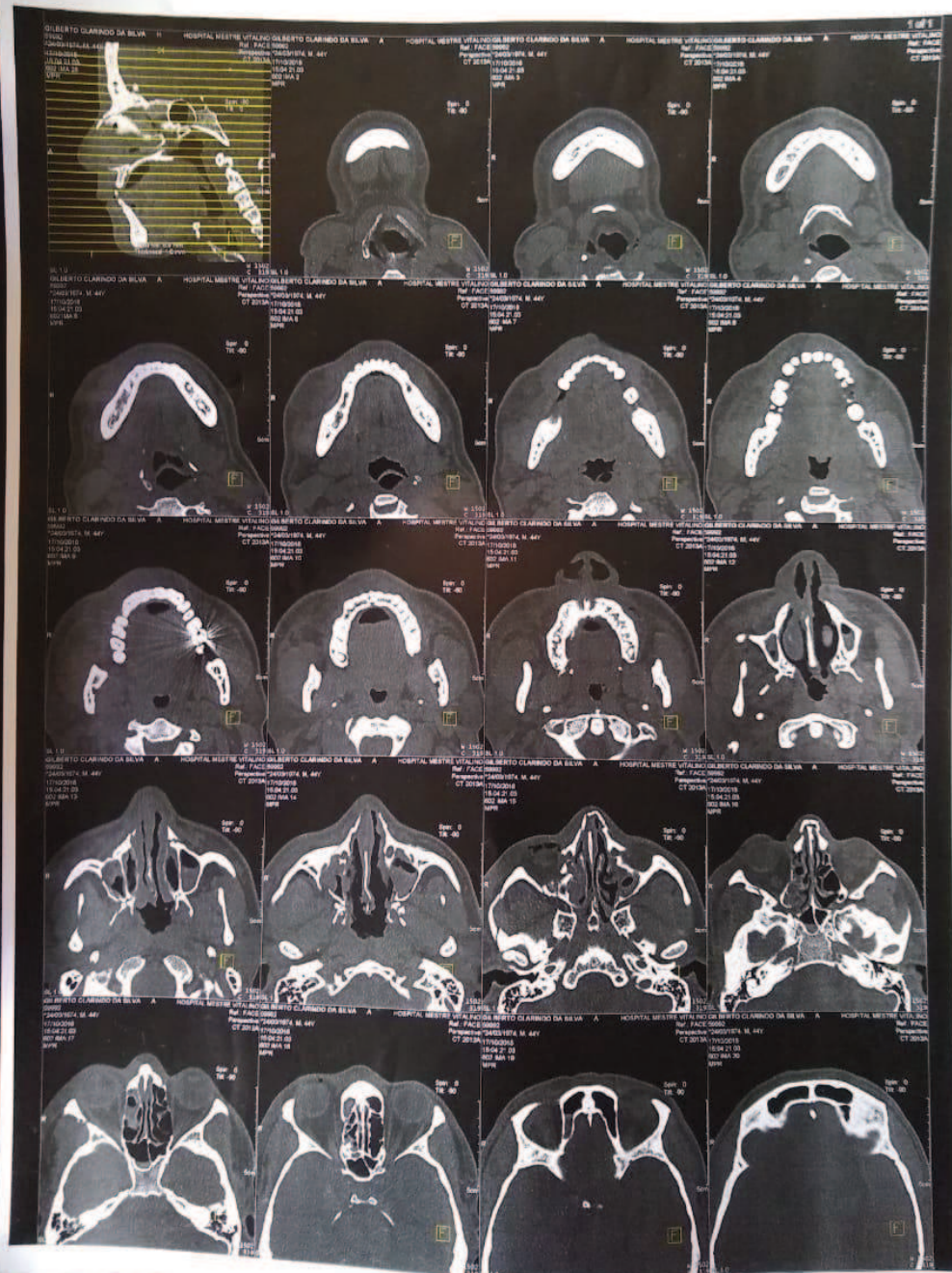
16/10/2018

16/10/2018















Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190159923

Vítima: GILBERTO CLARINDO DA SILVA

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILBERTO CLARINDO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01969/01970 - carta_03 - INVALIDEZ

00040985



Carta nº 14421822





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190159923

Vítima: GILBERTO CLARINDO DA SILVA

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO CLARINDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14003510



SECRETARIA DO ESTADO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS
HOSPITAL REGIONAL

PERNAMBUCO
MATERIAIS EM CIRURGIAS
GROSSAS

BLOCO: _____ Nº: 454269

PACIENTE: Alberto Placido da Silva REGISTRO Nº: 324219

SALA CIRÚRGICA Nº: 1 DATA: 10/10/2019

CIRURGIÃO: Dr. Daniel ISTA: Dr. Daniel

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
01	Oxigênio			01	Agulha Descartável		
01	Água Destilada			01	Agulha para Pendura		
01	Atropina			01	Agulha para Raqui		
01	Bupivacaína			01	Atadura Gessada		
01	Cefazolina 1g			01	Atadura Crepom		
01	Cloridina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg			01	Cateter para Venopunção		
01	Diclofenaco			01	Coletor de Urina Aberto		
01	Dipirona			01	Coletor de Urina Fechado		
01	Etielina			01	Dreno		
01	Glicose 50%			01	Eletrodo p/ Monitorização		
01	Lidocaina			01	Equipo para Sangue		
01	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
01	Neosigmina			01	Fio Cat Gut Oromado		
01	Prometazina			01	Fio Get-Gut-Simples		
01	Ranitidina			01	Fio de Aço		
01	Ringar do Lactato			01	Fio de Algodão		
01	Soro Fisiológico 500ml			01	Fio de Nylon		
01	Soro Glicosado			01	Fio de Polipropileno		
01	Succinato de Estírol			01	Gase 7,5x7,5		
01	Tenoxicam			01	Lâmina de Bisturi		
01	Tramadol 50mg			01	Luvas Estéreis 7,0		
01	Tramadol 100mg			01	Luvas Estéreis 7,5		
01	Tramadol 200mg			01	Luvas Estéreis 8,0		
01	Tramadol 400mg			01	Seringa 5ml		
01	Tramadol 600mg			01	Seringa 10ml		
01	Tramadol 800mg			01	Seringa 20ml		
01	Tramadol 1000mg			01	Sonda de Foie		
01	Tramadol 1200mg			01	Sonda Endotraqueal		
01	Tramadol 1400mg			01	Sonda Nasogástrica		
01	Tramadol 1600mg			01	Sonda Uretal		
01	Tramadol 1800mg			01	Tubo para Aspiração		
01	Tramadol 2000mg			01	Nylon 2-0		
01	Tramadol 2200mg			01	Nylon 3-0		
01	Tramadol 2400mg			01	Nylon 4-0		
01	Tramadol 2600mg			01	Nylon 5-0		
01	Tramadol 2800mg			01	Nylon 6-0		
01	Tramadol 3000mg			01	Nylon 7-0		
01	Tramadol 3200mg			01	Nylon 8-0		
01	Tramadol 3400mg			01	Nylon 9-0		
01	Tramadol 3600mg			01	Nylon 10-0		
01	Tramadol 3800mg			01	Nylon 11-0		
01	Tramadol 4000mg			01	Nylon 12-0		
01	Tramadol 4200mg			01	Nylon 13-0		
01	Tramadol 4400mg			01	Nylon 14-0		
01	Tramadol 4600mg			01	Nylon 15-0		
01	Tramadol 4800mg			01	Nylon 16-0		
01	Tramadol 5000mg			01	Nylon 17-0		
01	Tramadol 5200mg			01	Nylon 18-0		
01	Tramadol 5400mg			01	Nylon 19-0		
01	Tramadol 5600mg			01	Nylon 20-0		
01	Tramadol 5800mg			01	Nylon 21-0		
01	Tramadol 6000mg			01	Nylon 22-0		
01	Tramadol 6200mg			01	Nylon 23-0		
01	Tramadol 6400mg			01	Nylon 24-0		
01	Tramadol 6600mg			01	Nylon 25-0		
01	Tramadol 6800mg			01	Nylon 26-0		
01	Tramadol 7000mg			01	Nylon 27-0		
01	Tramadol 7200mg			01	Nylon 28-0		
01	Tramadol 7400mg			01	Nylon 29-0		
01	Tramadol 7600mg			01	Nylon 30-0		
01	Tramadol 7800mg			01	Nylon 31-0		
01	Tramadol 8000mg			01	Nylon 32-0		
01	Tramadol 8200mg			01	Nylon 33-0		
01	Tramadol 8400mg			01	Nylon 34-0		
01	Tramadol 8600mg			01	Nylon 35-0		
01	Tramadol 8800mg			01	Nylon 36-0		
01	Tramadol 9000mg			01	Nylon 37-0		
01	Tramadol 9200mg			01	Nylon 38-0		
01	Tramadol 9400mg			01	Nylon 39-0		
01	Tramadol 9600mg			01	Nylon 40-0		
01	Tramadol 9800mg			01	Nylon 41-0		
01	Tramadol 10000mg			01	Nylon 42-0		
01	Tramadol 10200mg			01	Nylon 43-0		
01	Tramadol 10400mg			01	Nylon 44-0		
01	Tramadol 10600mg			01	Nylon 45-0		
01	Tramadol 10800mg			01	Nylon 46-0		
01	Tramadol 11000mg			01	Nylon 47-0		
01	Tramadol 11200mg			01	Nylon 48-0		
01	Tramadol 11400mg			01	Nylon 49-0		
01	Tramadol 11600mg			01	Nylon 50-0		
01	Tramadol 11800mg			01	Nylon 51-0		
01	Tramadol 12000mg			01	Nylon 52-0		
01	Tramadol 12200mg			01	Nylon 53-0		
01	Tramadol 12400mg			01	Nylon 54-0		
01	Tramadol 12600mg			01	Nylon 55-0		
01	Tramadol 12800mg			01	Nylon 56-0		
01	Tramadol 13000mg			01	Nylon 57-0		
01	Tramadol 13200mg			01	Nylon 58-0		
01	Tramadol 13400mg			01	Nylon 59-0		
01	Tramadol 13600mg			01	Nylon 60-0		
01	Tramadol 13800mg			01	Nylon 61-0		
01	Tramadol 14000mg			01	Nylon 62-0		
01	Tramadol 14200mg			01	Nylon 63-0		
01	Tramadol 14400mg			01	Nylon 64-0		
01	Tramadol 14600mg			01	Nylon 65-0		
01	Tramadol 14800mg			01	Nylon 66-0		
01	Tramadol 15000mg			01	Nylon 67-0		
01	Tramadol 15200mg			01	Nylon 68-0		
01	Tramadol 15400mg			01	Nylon 69-0		
01	Tramadol 15600mg			01	Nylon 70-0		
01	Tramadol 15800mg			01	Nylon 71-0		
01	Tramadol 16000mg			01	Nylon 72-0		
01	Tramadol 16200mg			01	Nylon 73-0		
01	Tramadol 16400mg			01	Nylon 74-0		
01	Tramadol 16600mg			01	Nylon 75-0		
01	Tramadol 16800mg			01	Nylon 76-0		
01	Tramadol 17000mg			01	Nylon 77-0		
01	Tramadol 17200mg			01	Nylon 78-0		
01	Tramadol 17400mg			01	Nylon 79-0		
01	Tramadol 17600mg			01	Nylon 80-0		
01	Tramadol 17800mg			01	Nylon 81-0		
01	Tramadol 18000mg			01	Nylon 82-0		
01	Tramadol 18200mg			01	Nylon 83-0		
01	Tramadol 18400mg			01	Nylon 84-0		
01	Tramadol 18600mg			01	Nylon 85-0		
01	Tramadol 18800mg			01	Nylon 86-0		
01	Tramadol 19000mg			01	Nylon 87-0		
01	Tramadol 19200mg			01	Nylon 88-0		
01	Tramadol 19400mg			01	Nylon 89-0		
01	Tramadol 19600mg			01	Nylon 90-0		
01	Tramadol 19800mg			01	Nylon 91-0		
01	Tramadol 20000mg			01	Nylon 92-0		
01	Tramadol 20200mg			01	Nylon 93-0		
01	Tramadol 20400mg			01	Nylon 94-0		
01	Tramadol 20600mg			01	Nylon 95-0		
01	Tramadol 20800mg			01	Nylon 96-0		
01	Tramadol 21000mg			01	Nylon 97-0		
01	Tramadol 21200mg			01	Nylon 98-0		
01	Tramadol 21400mg			01	Nylon 99-0		
01	Tramadol 21600mg			01	Nylon 100-0		
01	Tramadol 21800mg			01	Nylon 101-0		
01	Tramadol 22000mg			01	Nylon 102-0		
01	Tramadol 22200mg			01	Nylon 103-0		
01	Tramadol 22400mg			01	Nylon 104-0		
01	Tramadol 22600mg			01	Nylon 105-0		
01	Tramadol 22800mg			01	Nylon 106-0		
01	Tramadol 23000mg			01	Nylon 107-0		
01	Tramadol 23200mg			01	Nylon 108-0		
01	Tramadol 23400mg			01	Nylon 109-0		
01	Tramadol 23600mg			01	Nylon 110-0		
01	Tramadol 23800mg			01	Nylon 111-0		
01	Tramadol 24000mg			01	Nylon 112-0		
01	Tramadol 24200mg			01	Nylon 113-0		
01	Tramadol 24400mg			01	Nylon 114-0		
01	Tramadol 24600mg			01	Nylon 115-0		
01	Tramadol 24800mg			01	Nylon 116-0		
01	Tramadol 25000mg			01	Nylon 117-0		
01	Tramadol 25200mg			01	Nylon 118-0		
01	Tramadol 25400mg			01	Nylon 119-0		
01	Tramadol 25600mg			01	Nylon 120-0		
01	Tramadol 25800mg			01	Nylon 121-0		
01	Tramadol 26000mg			01	Nylon 122-0		
01	Tramadol 26200mg			01	Nylon 123-0		
01	Tramadol 26400mg			01	Nylon 124-0		
01	Tramadol 26600mg			01	Nylon 125-0		
01	Tramadol 26800mg			01	Nylon 126-0		
01	Tramadol 27000mg			01	Nylon 127-0		
01	Tramadol 27200mg			01	Nylon 128-0		
01	Tramadol 27400mg			01	Nylon 129-0		
01	Tramadol 27600mg			01	Nylon 130-0		
01	Tramadol 27800mg			01	Nylon 131-0		
01	Tramadol 28000mg			01	Nylon 132-0		
01	Tramadol 28200mg			01	Nylon 133-0		
01	Tramadol 28400mg			01	Nylon 134-0		
01	Tramadol 28600mg			01	Nylon 135-0		
01	Tramadol 28800mg			01	Nylon 136-0		
01	Tramadol 29000mg			01	Nylon 137-0		
01	Tramadol 29200mg			01	Nylon 138-0		
01	Tramadol 29400mg			01	Nylon 139-0		
01	Tramadol 29600mg			01	Nylon 140-0		

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Paciente: Q. Uberto Clemente de Silva

Nº de Registro: 32.425

Clinical: Chronic

Nº do Leão: 06

Opavder

1º Assistentente: Francisco José V. de la Cruz

7^a Assistente: _____

Instrumentation: *Violins, Viola, Cello, Double Bass*

Anestesiista

Anesthesia

Duración

Date da Criação: 22/01/2018

Waco

Termino:

Diagnostic Procedures: Examine sample on microscope

Diagnóstico Por Operador

Operação Praga:

Openness to Experience (O5) _____

[illegible]

Arnaldo Brito Filho
George Lucio Macle Fawcett
6953



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Gilberto Cleonides Silva

Prontuário: 327219

Data: 15 / 10 / 18 Hora: 18:21

DIAGNÓSTICO:

Fratura de part I, OPN e complexo zigomático (D)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar ao ambulatório de M. Endes proteção dia 29/10/18,

às 07:00 hrs.

TRATAMENTO REALIZADO:

Extensão de parte de maxila e complexo zigomático,

redução de OPN

Alta Hospitalar: Data: 24 / 10 / 18

Hora: 08:30

Ortopedista =

30-11-18

Dr. Patrícia

an 7 horas

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



PACIENTE:	GILBERTO CLARINDO DA SILVA		
SOLICITANTE:	DR ALEXANDRE BRAGA		
CONVÊNIO:	PARTICULAR		
DN:	24/03/1974	DATA:	25/02/2019

ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

Tendão da cabeça longa do biceps de calibre, contornos e textura normais.

O tendão se localiza anatomicamente no sulco intertuberositário, sem sinais de luxação, mesmo com a manobra de rotação externa.

Tendão supraespinhal heterogêneo sem aparente espessamento em relação ao contralateral. Heterogeneidade com leve espessamento no tendão infraespinhal.

Ausência de sinais de rotura ou derrame articular.

Bursa subacromiodeltoidea de espessura levemente aumentada por conteúdo líquido.

Hipertrofia capsuloligamentar leve na articulação acromioclavicular.

Musculatura da cintura escapular sem alterações ecográficas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

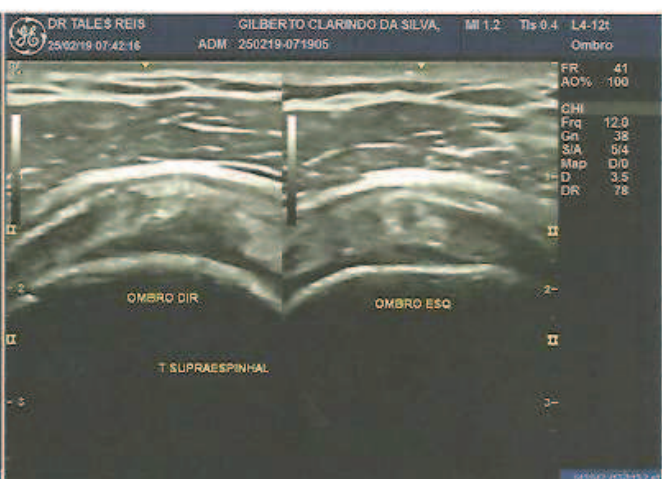
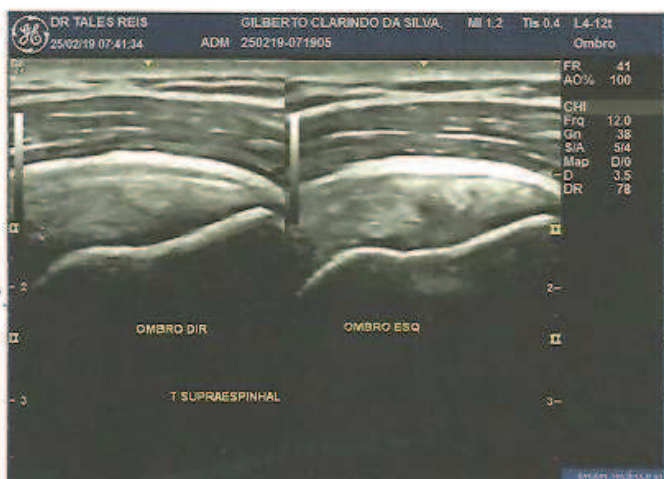
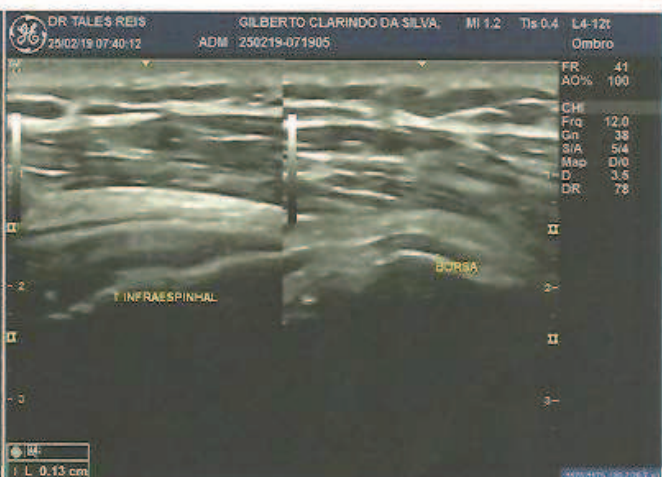
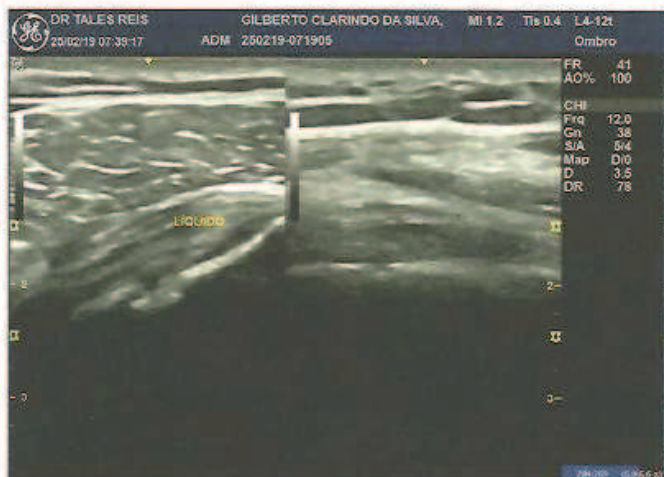
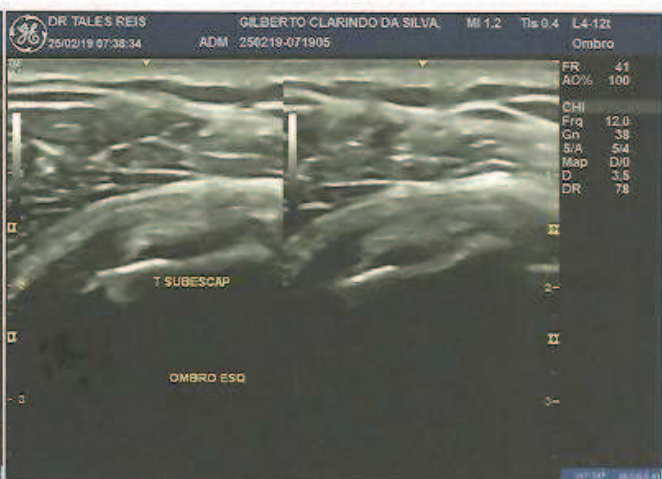
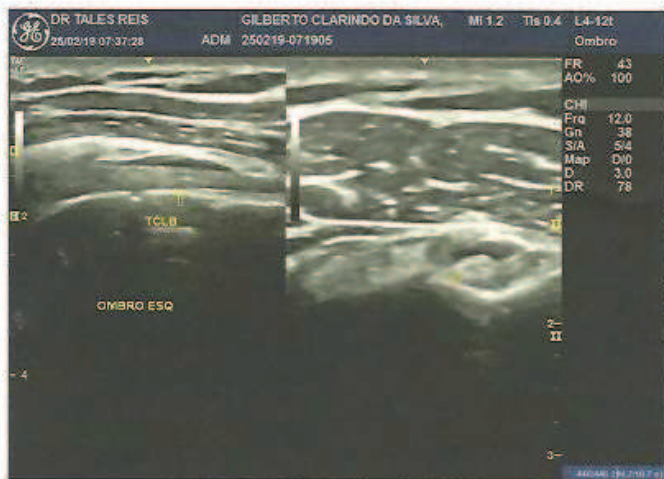
- Tendinopatia supraespinhal e infraespinhal com espessamento deste último;
- Bursite leve;
- Artropatia inflamatória acromioclavicular.


Dr. Tales Amorim Araújo Reis
Radiologista - CRM 14.699

ESTAMOS REALIZANDO MAMOGRAFIA DIGITAL.
INFORMAÇÕES E MARCAÇÃO DE EXAME (81) 3726-2150.

Av. Gabriel de Almeida, 310 - Boa Vista - Belo Jardim/PE Fone: 81 3726 - 2150







PREFEITURA DE
Belo Jardim
A excelência começa com o trabalho



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sra. Maria Eliane de Lima Silva, CPF: 055.201.374-98, RG: 7.136.166 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por este serviço ao seu esposo Gilberto Clarindo da Silva, CPF: 000.362.914-71, RG: 4.930.994 SSP-PE, com ID-0627, no dia 15 de outubro de 2018, às 14h e 16min, no endereço: Ladeira da Mafisa, próximo a casa Monteiro, Santo Antônio, Belo Jardim, com queixa de colisão de carro com moto, tendo sido enviada a Unidade de Suporte Básico, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para o Hospital Júlio Alves de Lira/ UPA 24h.

De acordo com o registro de informações do SAMU, fora realizado, protocolo conforme Regulação Médica.

Belo Jardim, 30 de outubro de 2018.


FERNANDA RAFAELLA S. V. S. RAMOS
Coordenadora do SAMU Belo Jardim
COREN-PE 386.616



MISSÃO NORMAL

Via de Consenso
http://...
Protocolo de ...
Data de assinatura: 24/07/2018
CONSENSO CRT: 117654



3567508618C2D901F2D884 1A14388E

[illegible]

RED
MASTER

SUPERINTENDENT
ESTABLISHED
MURKIN
STAY
GULF

1960

DATE
1960

TRANS-
(C) 4 (200)

2003



S TORRES E CIA - MATRIZ CNPJ:09.818.683/0001-63
PRACA DA CONCEICAO, 75, CENTRO, Belo Jardim, PE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor El

trônica
CÓDIGO | DESCRIÇÃO | QTD | UN | VL. UN | VL. TOTAL
7898148294121 DIPIRONA SODICA 500MG C/10CPR G. PRA
IT DONADUZZ 1ENx1 50 1,50
7898910358147 PARACETAMOL 750MG C/ 10 COMP G. ZYOUS 1CX0,80 0,80
7896331701692 RELAFLEX ENV 4 COMP 1CX2,25 2,25
QTD. TOTAL DE ITENS 3
VALOR TOTAL R\$ 4,55
Dinheiro 4,55

EMISSION NORMAL

Número: 125957 Série: 1
Emissão: 05/11/2018 15:17:19 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.safaz.pe.gov.br/nfce/consulta>
2618 1109 8188 8300 0163 6500 1000 1259 5713 3674 9208
Protocolo de Autorização: 326180586860088
Data de autorização: 05/11/2018 15:17:25
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



ND5: C46675DBCA18C2D901F2068E1A19889E
PVOID34081021 / Vend. 41 - IZADORA SENHOR
Val Aprox Tributos R\$0,85 (18,68%) Fonte: IBPT
Baix.: 2 N. Controle: 2199023589591
AGRADECENDO A PREFERENCIA
VOLTE SEMPRE
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei Fe
deral 12.741/2012): R\$ 0,85



S TORRES E CIA - MATRIZ CNPJ:09.878.683/0001-63
 PRACA DA CONCEICAO, 75, CENTRO, Belo Jardim, PE
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor EI

CODIGO	DESCRICAO	QTD	UN	VL	UN	VL	TOTAL
7891317464905	PACO 500 MG	30	MG	240,00	42/CL	120,00	41,04
	Desconto			-6,16			34,88
	QTD. TOTAL DE ITENS						41,04
	VALOR TOTAL R\$						34,88
	DESCONTOS R\$						-6,16
	VALOR A PAGAR R\$						34,88
	Dinheiro						

EMISSION NORMAL
 Número: 128414 Série: 1
 Emissão: 08/11/2018 15:10:18 - Via do Consumidor
 Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.gnfaz.pe.gov.br/nfce/consulta>
 2018 1103 8188 6300 0163 8500 1000 1284 1415 6438 2450
 Protocolo de Autorização: 326180574908294
 Data de autorização: 08/11/2018 15:10:25
 CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO



MD5: C4667508CA18C2D901F2D88E1A19888E
 PV0034083426 / Vend. 41 - IZADORA SENHOR
 Val Aprox Tributos R\$9,33 (26,75%) Fonte: 16PT
 VOCE ECONOMIZOU..... R\$ 6,16
 Balc: 14 N. Controle: 2199023592350
 AGRADECIMOS A PREFERENCIA
 VULTE SEMPRE
 Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei Fe
 dera 12.741/2012): R\$ 9,33



EDIVALDO CAVALCANTE DE ME CNPJ: 07.405.553/0001-73
RUA PEDRO FIRMINO, 195, SAO PEDRO, BELO JARDIM, PE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Elétrica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL	UN	VL	TOTAL
7886241223257	ABLOK PLUS 25/12,5MG 300PR 10x17,88						17,88
	Desconto						15,39
	QTD. TOTAL DE ITENS						17,88
	VALOR TOTAL R\$						-2,50
	DESCONTOS R\$						15,38
	VALOR A PAGAR R\$						50,00
	Dinheiro						34,62
	TROCO R\$						

EMISSION NORMAL

Número: 139224 Série: 1
Emissão: 04/11/2018 20:42:02 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.serasp.sp.gov.br/nfce/consulta>
2818 1107 4055 5300 0175 0500 1000 1392 6413 2205 0476
Protocolo de Autorização: 326180585306018
Data de Autorização: 04/11/2018 20:42:00
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



MD5: C486750BCA18C2D901F2D88E1A19838E
PV0000679303
Trib. aprox R\$ 2,07 Fed e 0,00 Est e 0,00 Mun Font
e: IBPT 9013aC
VOCE ECONOMIZOU.....: R\$ 2,50
Balco: 180 N. Controle: 1028777
FIDELIDADE REDEMAIS-
Cliente: 67429-GERSSIANNY EMANUELLY DE LIMA
Dep: GERSSIANNY EMANUELLY DE LIMA SILVA
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei Fe
deral 12.741/2012): R\$ 2,07

