

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1107235021

NOME
ANTONIO MARCOS GOMES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6983911 SDS PE

CPF
013.777.944-58

DATA NASCIMENTO
11/09/1981

FILIAÇÃO
JOSE GOMES FILHO
MARIA DA LUZ SENA
GOMES

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
63804553087

VALIDADE
24/09/2020

HABILITAÇÃO
20/03/2006

EXERCÍCIO
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR
Antonio Marcos Gomes

LOCAL
VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

DATA EMISSÃO
28/09/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]

82851804218
PE068650523

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1107235021



SINISTRO 3180275056 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO MARCOS GOMES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

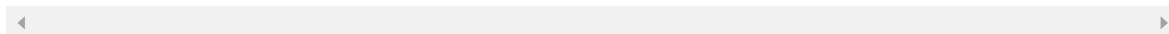
BENEFICIÁRIO ANTONIO MARCOS GOMES

CPF/CNPJ: 01377794458

Posição em 29-11-2018 11:26:30

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
26/09/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



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

ANTONIO MARCOS GOMES
CPF: 013.777.944-58

DATA DE VENCIMENTO

23/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

18,54

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

16/11/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

16/11/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

039277833

CONTA CONTRATO

007023810276

Nº DO CLIENTE

2002040934

Nº DA INSTALAÇÃO

0006336689

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI ITAPEICIRICA 567

ITAPECIRICA/POMBOS RURAL
55630-000 POMBOS PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

BE37.9734.65DB.8450.8F4C.A612.82A9.4795

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,54431225	16,32
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,15
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,73
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,34
TOTAL DA FATURA			18,54

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	17,20	0,74	0,12	17,20	3,44
							0,59

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	DI Reav	Valor
24/10/18	16/11/18	20,58

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,52156000		kWh
		NOV 18	30
		OUT 18	30
		SET 18	30
		AGO 18	30
		JUL 18	30
		JUN 18	30
		MAI 18	30
		ABR 18	30
		MAR 18	30
		FEV 18	30
		JAN 18	30
		DEZ 17	30
		NOV 17	30

Faturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003131231783	CAT	17/10/2018 375,00	16/11/2018 388,00	30	1,00000	0,00	13,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/12/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	VITORIA DE SANTO	0,00	11,16	22,32	44,65
FIC-No.de vezes sem Energia	ANTAO	0,00	7,67	15,34	30,68
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,08	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,25					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você magazine labelle: praça joao pessoa 87 centro / r sat eletro infor: pc joao pessoa 87 centro. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007023810276	11/2018	18,54	23/11/2018	

838700000001 185400110070 023810276100 150957588332



Evite dobrar e não rasgar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Antonio Marcos Gomes
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 013.773.944-53 e portador da cédula de identidade
nº 698.39.11, residente e domiciliado(a) na
ST. Itaperiçica, bairro de Pombos cidade de
CEP 55630-000 na PE.
Pombos

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 102, 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, 12 de dezembro de 2018

Antonio Marcos Gomes
Outorgante



Em tempo,

Informado que paciente teve
sincope e episódio uretico.

CD: Solicito avaliação da
NCR MR: 5189202

Josemir Coelho
Médico
CRM-PE 24.920





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE - SES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo : _____

CRM : _____ UF : _____ Nº : _____

End. : _____

Cidade : _____ UF : _____

Telefone : _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente : ANTÔNIO MENEZES GOMES

Endereço : USO ORAL

Prescrição : ① Metoclo 15mg — 07/0

1cl 1x 3x dia PR IDUS

② Lisador — 2001

1cp 3x 8/8 horas

DATA : 12/06/17

ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome : _____

Ident. : _____ Org. Emissor : _____

End. : _____

Cidade : _____ UF : _____

Telefone : _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA : ____ / ____ / ____

Cod. 0339



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1592500

Nome : ANDRÉ MOURA GOMES

Foi atendido às _____ hs. do dia 12 JUN 2017

Diagnóstico Provável : ① Fratura da escápula (S42.1)

Tratamento Realizado : IMOBILIZAÇÃO + OXIGÊNIO

ODD. 12 JUN 2017

Observação : Paciente teve uma queda de 1m.
ocorrida às 13h30 (minutos) da tarde. Acidente
no estacionamento da empresa da OLIMPA.

Cópia de : _____

Médico - CRM Nº _____

Rodrigo Pastick
Traumatologista
CRM 14.481

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

ETIQUETA

821607	Data e Hora de Atendimento: 12/06/2017 00:08	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual :
Cod. Paciente: 1592500	Paciente: ANTONIO MARCOS GOMES SIC	
Data de nascimento: 01/01/1984	Idade: 33a 5m 11d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: NADJA MARIA GOMES
DOC ID / Data expedição /	Mãe: MARIA DA LUZ DE SENA GOMES Pai: JOSE GOMES FILHO	Cartão SUS:
Endereço: SITIO ITAQUISEIRICA Bairro: ZONA RURAL Cidade: POMBOS	UF: PE	Numero Complemento: Telefone: 92505070
Corrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)		
Procedência: OUTRO HOSPITAL		
Informações do Serviço Social: 12/06/2017 BAIXADO POR SRª NADJA		
Confirmação de nome:	Fones: COM	Assistente Social
Confirmação de endereço:	PACIENTE ORIENTADO	
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐		
Outros ☐		
Observação: paciente vítima de acidente		Assistente Social
História Clínica: moto ciclística, depois do acidente entrou clinicamente, com suores, náuseas, vertigem e dor no abdômen no/10h. Um fôlego de uac (2) no de trans. (3) indicações de risco de vida		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐	Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐	Por Quê?	
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: bpm

APOIO/BAIXADO
Funcionário

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora	
Escore:	Hora:	Escore:	Hora:	Escore:	Hora:
E: Exposição/Abdômen:					
Diagnóstico Inicial:					Cod. Procedimento
					Ass. Médico
Evolução de Enfermagem:					Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta
 Internado na Clínica: ☒ Cirurgia ☐ Óbito
 Transferido para: ☒ Cirurgia ☐ Óbito

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____
 No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____
 No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 12-Jun-17





HOSPITAL E MATERNIDADE VIRGÍNIA COLAÇO DIAS

Formulário de Transferência

NOME: Antônio Marcos Gomes
DIAGNÓSTICO: TCE leve
PROCEDÊNCIA: Pombos - PE
DESTINO DO PACIENTE: HR NCR 5189202
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Acet. alcoolizado intima de queda
de moto há 43 horas. Apresenta fratura
e emise.
EGReg; consciente; orientado; em pulso;
RR em 2T; DNEA;
PRV e em ART; O/RA
ECG IS
10 dias contuso contuso em região
parietal (E), supratentorial (E)
Hematoma subgaleal (E) em região contusa
contusa.
CD: Solicito avaliação de NCR.

DATA: 11/06/2017.

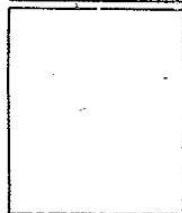
Josemir Coelho
Médico
CRM-PE 24.920

ASSINATURA DO MÉDICO

Rua Esperidião Vieira Sandres, Centro - Pombos-PE, CEP 55.630-000 Fone 81 - 3536.1291/1009
CNPJ nº 07.781.699/0001-13
"A Grande Obra é Cuidar do Povo"



11/06/2017 23:55



Nome Paciente: ANTONIO MACOS GOMES R
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: LC061
Convênio:
Atendimento:

11/06/2017 23:55 - ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**
Cor: AMARELO
Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APOS COLIDIR EM BARREIRA SIC APRESENTOU PERDA DE CONSCIENCIA
Observação: COM SENHA
Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?
Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO
Alergia(s):
Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 0

Aut # 1210612

Dr. RE LAC

Paciente com trauma, com sinais neurológicos.

Em Glasgow 15; PIR.

TC e RMN: ausência de lesões estruturais

CD: ALTA na NCR

As causas da manutenção.

Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO
Data: 11/06/2017 23:55

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital da Restauração	2 - CNES 0000655
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Auricle Manoel Gout	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 155 2500
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA	12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Te de uave e / eouturk	14 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	16 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	18 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	20 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	22 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Justificativa:
Política

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	24 - DATA DA SOLICITAÇÃO 11 / 06 / 12
---------------------------------------	---

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

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

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO) Dr. Auricle Batista Neurocirurgia CRM: 21.297
---	---

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1 / 1
---------------------------------------	--

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

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

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 12.06.2012	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)
--	---

Cod. 0421



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: _____
Enf / Leito: _____ Registro: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	DIA: 12/06		DIA: _____		DIA: _____		DIA: _____	
	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HOF
() Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
() Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)	09	09	09	09	09	09	09	09
() Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
() Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06
ASSINATURA DA ENFERMEIRA								

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REG
Frequência Cardíaca	10	69						
	16							
	22							
Frequência Respiratória	10	18						
	16							
	22							
Temperatura	10	36,3°C						
	16							
	22							
Pressão Arterial	10	120 x 70						
	16							
	22							
ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM	Júlio Silva Santos Téc em							



Paciente vítima de acidente de moto há 6h. Evolui sem dor abdominal, dor torácica ou dispneia. Refere apenas dor em ombro D.

Exame físico sem alterações, exceto por dor à mobilização de ombro D e lesão suturada em couro cabeludo.

AR: MV + AHT, SIRA. FR = 20 ipm

Abdome plácido, depressível, indolor.

Pele estável.

Conduta: 1) Alta da Cirurgia Geral;
2) Solicito Rx ombro E e avaliação da Traumatismo.

Maria Cecília Oliveira
Médica
CRM-PE 24510

Traumatologia # 02.06.17 09:30

LD: Fratura de escápula s/ Desvio

As Rx: Fratura de escápula s/ Desvio.
Do ombro s/ Defeito Neurovascular

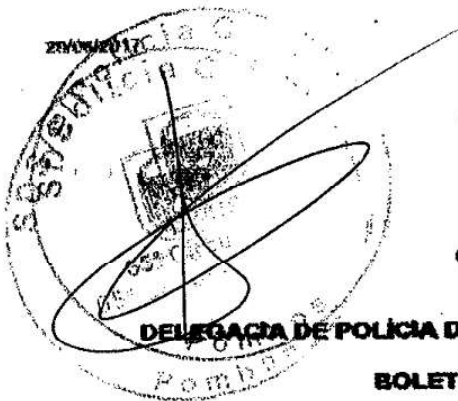
CDT 1

① Típico NSE

② Alta do ortopedista

Dr. João Vitor
Traumatismo
CRM-PE 4424





Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - POMBOS - DP65ªCRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0155000474

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/06/2017 às 14:24

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado) que aconteceu no dia 11/6/2017 às 19:00

Fato ocorrido no endereço: **STIO MARACUJAN - POMBOS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próx.: **MUNICÍPIO DE POMBOS, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - POMBOS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

- (AUTOR/AGENTE)
WUANDALO JUNIOR GOMES (OUTRO)
ANTONIO MARCOS GOMES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ANTONIO MARCOS GOMES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Mãe: MARIA DA LUZ DE SENA GOMES Pai: JOSÉ GOMES FILHO Data de Nascimento: 11/07/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: **STIO TAPECERCA - POMBOS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próx.: **MUNICÍPIO DE POMBOS, 1, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - POMBOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

WUANDALO JUNIOR GOMES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Mãe: MARIA DA LUZ DE SENA GOMES Pai: JOSÉ GOMES DE LIMA Data de Nascimento: 20/11/1985 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: **STIO TAPECERCA - POMBOS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próx.: **MUNICÍPIO DE POMBOS, 1, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - POMBOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

-- Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WUANDALO JUNIOR GOMES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS GOMES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKR7185 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **758112785** Chassi: **9CZJG30101W1 18279**

file:///C:/Users/Policia%20Civil/infopol/infopol/BOEPreview.html



20/06/2017

Bolém de Ocorrência

Ano: 2017/2017 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

A VITIMA ESTEVE NESTA DEPOL, COMUNICANDO O ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA MÃO FATAL, QUE SOFREU NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS. SEGUNDO ELE, PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA, QUANDO PERDEU O CONTROLE E CAIU FRENTO-SS. SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL MATERIDADE VIRGINIA GILLES DIAS, NESTA CIDADE, TRANSFERIDO EM SEGUNDA PARA A RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE, ONDE FOI MEDICADO. SEM MAIS.

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

Antonio Marcos Gomes
ANTONIO MARCOS GOMES
(VITIMA)

Jurandir Junior Gomes
JURANDIR JUNIOR GOMES
(OUTRO)

B.O. registrado por: JURANDIR BATISTA DA SILVA - Matrícula: 221418-0



Assinatura

file:///C:/Users/Policia/Downloads/BOPEPrintout.html

2/

