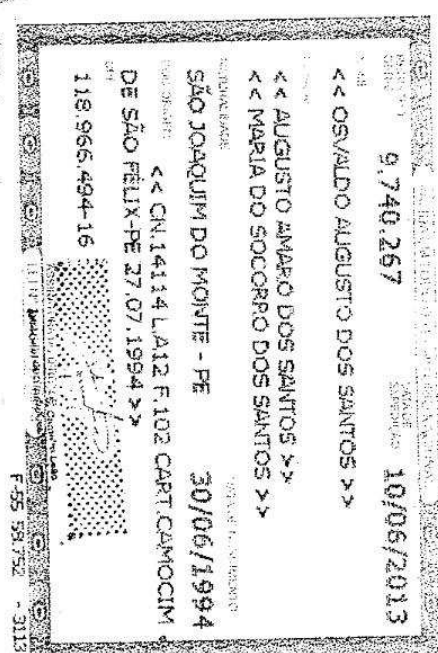
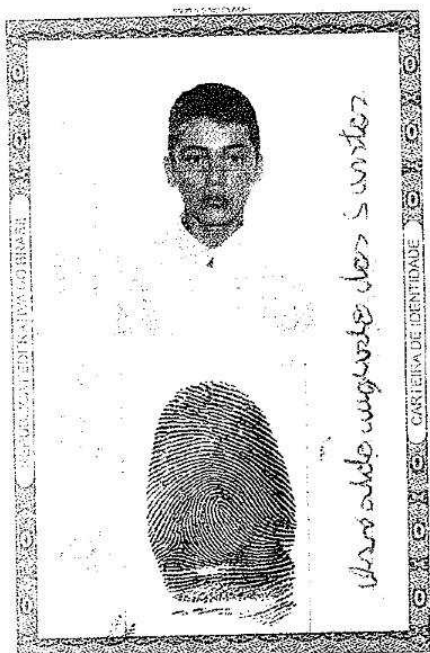




[Handwritten signature]



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
118.966.494-16

Nome
OSVALDO AUGUSTO DOS SANTOS

Nascimento
30/06/1994

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
C2CB.5BEE.5DBC.79E3

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:30:56 do dia 17/09/2012 (hora e data de emissão)
dígito verificador: 00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Osvaldo Augusto dos Santos
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 428.566.434-36 e portador da cédula de identidade
nº 9740267 residente e domiciliado(a) na
St. Pacas
nº 740 bairro de Santo Antônio
CEP 55665-000 na cidade de Caruaru do São Felix / PE

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, 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.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, 15 de 05 de 2013

Osvaldo Augusto dos Santos
Outorgante





HR

5133894

RECEITUÁRIO MÉDICO

Oswaldo Augusto dos Santos

Paulista de 22 anos, vítima
de acidente com queda de
motocicleta enquanto dirigia alcool-
izado sem capacete.

Chega com ECG 14, SatO₂: 95%.
FC = 120 bpm, exp. livre.

CD: algo HD: TCE?

fratura de
clavicula

CD: Encaminhado para avaliação de
trauma com RX e avaliação
da neurologia

NOME:

MEDICAMENTOS

QUANT.

1.

2.

3.

4.

Dr. M^a de Fátima Oliveira
CRM: 25050

27 MAR 2017

DATA: / /

MÉDICO

Prefeitura Municipal C. S. Félix - CNPJ: 10.766.129/0001-69
Praça São Félix, nº 20 - Centro - Camocim S. Félix - Fone: (81) 3743.1156





Nome do Paciente: <u>Osvaldo Augusto dos Santos</u>	
Quadro Clínico: <u>vítima de acidente automobilístico, em ECG 14, satO₂: 95%, FC: 112 bpm.</u>	
Diagnóstico: <u>TCE e fratura de clavícula.</u>	
Auxiliar Responsável:	COREN:

REMOÇÃO

Destino: <u>Recife / HR</u>	Município: <u>Recife</u>	Hora de saída:
		Hora de chegada:
Motivo (Registro detalhado):		
Médico Assistente (Assinatura):	Nº do CRM: <u>Dr. M. de Fátima Oliveira</u>	Data:
?????	CRM: <u>20039</u>	Data:
Médico que atendeu o paciente:	Nº do CRM: <u>20017</u>	Hora:

REMOÇÃO

Destino:	Município:	Hora de saída:
		Hora de chegada:
Motivo (Registro detalhado):		
Médico Assistente (Assinatura):	Nº do CRM:	Data:
?????		Data:
Médico que atendeu o paciente:	Nº do CRM:	Hora:
Unidade Prestadora do Atendimento:	Município:	
Especificação do atendimento prestado:		
Assinatura do Responsável:	Nº do CRM:	Data:



27/03/2017 20:58



Nome Paciente: OSVALDO AUGUSTO DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 30/06/1994
Sexo: Masculino
Idade: 22
Senha: U0058
Convênio: -
Atendimento:

27/03/2017 20:58 - MARIA DO SOCORRO G DA SILVA - COREN: 72364 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE DE COLISAO MOTO X ESTACA, MESMO REFERE QUE ESTAVA COM CAPACETE ???, ACIDENTE FOI HA 09 HORAS, ALCOLIZADO, PROVAVEL FRATURA DE CLAVICULA, RELATA CEFALEIA INTENSA, DOR EM REGIAO DE TORAX E MMSS, HISTORIA DE PERDA DE CONSCIENCIA, ENCAMINHADO PARA AVALIAÇÃO DA NCR E TRAUMATO

Observação: COM SENHA 5133594 EM COMPANHIA DA IRMA

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA DE PULSO: 88.00 BPM (RÍTMICO)
- GLICEMIA: 124.00 MG/DL
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C
- REGUA DE DOR: 5
- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

27/03/17
21:51h

Traumato

Paciente c/ dor em ombro @ e hematomas discretos.
Ao exame: Adução e abdução preservados, NV @ e
dor em região acromioclavicular.

cd: - Solicito Rx ombro @ Série trauma
- Aguardo Rx pt avaliação

Acolhido(a) por: MARIA DO SOCORRO G DA SILVA
Data: 27/03/2017 20:58



5/2/2013 - Alta do Dr. J. L. Lemos
- Ag. Anestesia transferida
J. L. Lemos

22/03/13
02/14

Alta
TCC

Coor. de Farm. e Med. Legal

For. de Med. Legal, Dr. J. L. Lemos
em comiss. de Med. Legal, Dr. J. L. Lemos

Dr. J. L. Lemos
Med. Legal

Dr. Carlos Djaló
Neurocirurgia
CRM-15.908

29/03/13

Dr. J. L. Lemos
Dr. J. L. Lemos
Dr. J. L. Lemos
Dr. J. L. Lemos

Dr. J. L. Lemos

Dr. Sérgio M. Quintino
Neurocirurgia
CRM-15.908
CPF: 026.936.194-40



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Evolução da Enfermagem

PERNAMBULO

Paciente: Envaldo Augusto Data: 27.10.2017

Enfermaria: _____ Leito: _____ Hipótese Diagnóstica: _____

Glasgow		
☐ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras Inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.) ☐ Extensão (descorb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: _____ pontos.		

IRM ☐ Sim ☐ Não Franquel: _____

A - Perda motora e sensível completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
 D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Venoclise: ☐ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso.

Dieta ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☐ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia

Diurese ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Inteira ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Queixas: _____

Exames: Solicitar RX

Pareceres: _____

Observações (Diurnas / Noturnas): _____

Ass: _____

Data: 28.03.17

Glasgow		
☐ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras Inadequadas (3 pts.) ☐ Sons Incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. X3 pts.) ☐ Extensão (descorb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>15</u> pontos.		

IRM ☐ Sim ☒ Não Franquel: _____

A - Perda motora e sensível completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
 D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Venoclise: ☒ AVP USE ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso.

Dieta ☒ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☐ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminações Intestinais: ☒ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia

Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Inteira ☒ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Queixas: Sem queixas

Exames: _____

Pareceres: _____

Observações (Diurnas / Noturnas): Paciente está bem, sem queixas, sem alterações de CG.

Diurno: Ag. Traumatol. TRO Ass: _____

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0013

ag traumato



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 19/05/2019 16:37:42

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051916374195400000044628815

Número do documento: 19051916374195400000044628815

Número do documento: 19051916374195400000044628815

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Ulysses Augusto de M. S.
Enf / Leito: _____ Registro: _____

DIA: 28/03 DIA: 29-03 DIA: _____ DIA: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
(X)	Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)
()	Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)
()	Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)
()	Mudança de decúbito (3 em 3 horas)
()	Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)
()	Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	H
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 1
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13
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 - 21 - 2
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 - 21 - 2
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 1

Enf. <u>Carla Rocha Lemos</u> COREN: <u>264.735</u>
--

SINAIS VITAIS
Frequência Cardíaca
Frequência Respiratória
Temperatura
Pressão Arterial

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	RI
10	102	82			
16					
22	90				
00	24				
16					
22	74	36.5			
00					
16					
22	105 x 70				
00					
16					
22					

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0045004427**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/08/2017** às **11:54**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/3/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, SITIO CRUZ DE RAJADA - ZOAN RURAL** - Bairro: **CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUCILEIDE MARIA DA SILVA (OUTRO)
OSVALDO AUGUSTO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **OSVALDO AUGUSTO DOS SANTOS**

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

OSVALDO AUGUSTO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS** Pai: **AUGUSTO AMARO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **30/6/1994** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 740, SITIO PACAS - SANTO ANTONIO - ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LUCILEIDE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCILEIDE MARIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **OSVALDO AUGUSTO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHN5044** (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SAO FELIX) Chassi: **9C2KC15209R108653**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**



Complemento / Observação

A VITIMA PROCUROU ESTA DEPOL PARA NOTICIAR QUE AO CONDUZIR, PELO LOCAL DO FATO, A REFERIDA MOTO, QUANDO NUMA CURVA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO, VINDO A COLIDIR EM UMA CERCA, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU/CAMOCIM DE SÃO FELIX/PE QUE ENCAMINHOU A VITIMA PARA A UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO/CAMOCIM DE SÃO FELIX/PE, ONDE TEVE O PRONTO ATENDIMENTO, DE ONDE A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HR/CARUARU, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO Nº 1583220, SEM MAIS, FEZ CIENTE ESTA DEPOL.

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

X Osvaldo Augusto dos Santos
OSVALDO AUGUSTO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE LEONARDO BORBA DE LIMA - Matrícula: 221711-2



SINISTRO 3170477184 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** OSVALDO AUGUSTO DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO OSVALDO AUGUSTO DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 11896649416**Posição em 15-05-2019 08:50:40**

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
21/09/2017	R\$ 2.193,75	R\$ 0,00	R\$ 2.193,75



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Osvaldo Augusto dos Santos,
brasileiro(a), estado civil solteiro,
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o
nº 118.366.494.16, e portador da cédula de
identidade nº 9740267, residente e
domiciliado(a) St Pacas
nº 740, bairro Santo Antônio
CEP 55665-000 na cidade de
Comseim de São Felix / 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, 15 de 05, de 2019.

NOME: X Osvaldo Augusto dos Santos



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



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 AUGUSTO AMARO DOS SANTOS CPF: 755.252.594-00		DATA DE VENCIMENTO 13/12/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 34,01		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/11/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 06/12/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 002699969		CONTA CONTRATO 002061555016 Nº DO CLIENTE 2001035758 Nº DA INSTALAÇÃO 0000701095	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI PACAS 740 SITIO PACAS/SANTO ANTONIO 55665-000 CAMOCIM DE SAO FELIX 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 8DC3.EED3.B2A7.03DB.6C6A.F985.9495.0CB4					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	42,00	0,69156348	29,04
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,02
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,20
ICMS Subvenção-CDE-NF 000187783-04/09/17			0,55
Contribuição CERAPE - (081) 3722-8900			2,00
TOTAL DA FATURA			35,81

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
32,06	25,00	8,01	32,06	1,00	0,32	32,06	4,54	1,45

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48036000		kWh
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		NOV 17	124
		OUT 17	84
		SET 17	78
		AGO 17	73
		JUL 17	85
		JUN 17	74
		MAI 17	79
		ABR 17	84
		MAR 17	98
		FEV 17	83
		JAN 17	91
		DEZ 16	97
		NOV 16	83

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh		
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA						
W57562	CAT	06/11/2017	12.455,00	21/11/2017	12.497,00	15	1,00000	0,00	42,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2017					
DIC-No.de horas sem Energia	CAMOCIM DE SAO FELIX	2,44	11,74	23,48	46,96
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,44	6,49	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,40					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. 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. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.		TENSÃO NOMINAL(V) 220	LIMITE DE VARIAÇÃO(V) MÍNIMO 202 MÁXIMO 231
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002061555016	11/2017	34,01	13/12/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838900000005 340100110027 061555016104 109191657735



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Unidade Mista Nossa Senhora do Bom Parto
Secretaria Municipal de Saúde



SAME
192

Identificação	Médico Regulador DRA Patrícia			TARM R.O Fabio		Operador de frota	
	Data 27.03.17	Hora	ID 0233	Nº ocorrência	Unidade Móvel	Base da unidade α	
	Endereço da ocorrência Sítio paraíso II						Nº
	Bairro Zona rural			Município Campos de São Felix			
	Ponto de referência Praça o povoado de Trandi						
	Nome da vítima Arnaldo Augusto dos Santos					Idade 22	Sexo M F
	Solicitante / Fone Ferreira			Cartão de saúde - SUS			

Queixa <i>saída de moto, desligando</i>					
Comunicação <i>14.20</i>	Saída da base <i>14.48</i>	Chegada no local <i>14.55</i>	Saída do local <i>15.20</i>	Chegada no destino	Saída do destino
					Chegada na base <i>16.35</i>

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Transferência (senha): _____ | | |
| Tipo de Agravio: | | |
| ☐ Acidente Trânsito _____ | ☐ Eletrocussão | ☐ Queda _____ Metro |
| ☐ Pedestre | ☐ FAB | ☐ Queimadura |
| ☐ Condutor do veículo | ☐ FAF | ☐ Térmica |
| ☐ Passageiro do veículo | ☐ Gineco-obstétrico | ☐ Química |
| ☐ Agressão | ☐ Lesões térmicas | ☐ Elétrica |
| ☐ Clínico | ☐ Pediátrico | ☐ Outros _____ |
| ☐ Desabamento / Soterramento | ☐ Psiquiátrico | |
| | ☐ Quase Afogamento | |
| Antecedente: | | |
| ☐ AIDS | ☐ Convulsões | ☐ Drogadição |
| ☐ Alcoolismo | ☐ Diabetes | ☐ Hipertensão Arterial |
| ☐ Alergia | ☐ Doença Cardíaca | ☐ Internamentos anteriores |
| ☐ AVC | ☐ Doença Infecto contagiosa | ☐ Medicamento _____ |
| ☐ Cirurgias Realizadas | ☐ Doença Mental | ☐ Problemas Respiratórios |
| | ☐ Doença Renal | ☐ Outros _____ |
| Exame Clínico: | | |
| ☐ Principais sintomas / Queixas | ☐ Convulsão | ☐ Palidez |
| ☐ Agitação/agressividade | ☐ Diarréia | ☐ Sangramento |
| ☐ Alergia | ☐ Dificuldade Respiratória | ☐ Vômito |
| ☐ Ausência de pulso | ☐ Dor Local | ☐ Outros: _____ |
| ☐ Cianose | ☐ Febre | |
| | ☐ Inconsciente / Desmaio | |

Início dos Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe

Dados Vitais:

Hora		PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início:		120 x 80	102	20		92	98%	
Fim:								

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

- ☐ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Total
☐ Corpo Estranho
☐ Bronco Aspiração
☐ Edema de Glote

☐ OBS

Achados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hialite Efusão ☐ Outros

Respiração/Ventilação:

- ☐ Espontânea
☐ Parada Respiratória
☐ Assistida
☐ Ritmo irregular

Ausculata:

- ☐ Normal
☐ Roncos/sibilos
☐ Estentores
☐ Diminuição MV
☐ Ausência MV

Expansibilidade:

- ☐ Normal
☐ Superficial
☐ Regular
☐ Irregular

CIRCULAÇÃO:

Pele:

- Edema: ☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M Inferiores ☐ Anasarca
 Perfusão: ☐ Normal ☐ Retardada ☐ Ausente
 Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
 Ausculta: ☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Atrito Pericárdio ☐ Arritmia ☐ Sopro
 ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 19/05/2019 16:37:42

<https://pje.tipe.jus.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051916374231300000044630969>

Número do documento: 19051916374231300000044630969

Num. 45316333 - Pág. 1

Principais Lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escoriação											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											
Frat. Aberta											
Laceração											
Luxação											
Queimadura %											

OBSERVAÇÕES:

paciente vítima de acidente de moto e aversão + escoriações no abdome + fraturas na face e membros superiores mas deslocamento da clavícula direita

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
☐ Sonolência
☐ Coma
☐ Confusão
☐ Convulsão
☐ Otorrágia Direita

- ☐ Otorrágia Esquerda
☐ Sinal Battle Direito
☐ Sinal Battle Esquerdo
☐ Sinal de Guaxinin Direito
☐ Sinal de Guaxinin Esquerdo
☐ Rigidez de Nuca
☐ Afasia

- ☐ Miose Direita
☐ Miose Esquerda
☐ Midríase Direita
☐ Midríase Esquerda
☐ Paralisia
☐ Paresia
☐ Anestesia

- ☐ Parestesia
☐ Arreflexia
☐ Pupila reigente
☐ Pupila não reigente
☐ Outros:

SEGMENTO:

- Pescoço:**
☐ Desvio Traquéal
☐ Normal
☐ Turgência Jugular
☐ Enfisema Subcutâneo
☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão ☐ Ascite
☐ Doloroso / Defesa
☐ Espionomegalia
☐ Hepatomegalia
☐ Irritação peritonsal
☐ Normal
☐ Outros:

Urogenital:

- ☐ Anúria
☐ Giordano Direito
☐ Giordano Esquerdo
☐ Hematúria
☐ Outros

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal _____ semanas ☐ Outros:
☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Bolsa rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento
☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial ☐ APGAR: _____

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Entubação Nasotraqueal
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica Ambu.
☐ Respirador
☐ Inalação O2
☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

- ☐ Toracocentese c/ agulha esquerda
☐ Drenagem Torácica Direita
☐ Drenagem Torácica Esquerda
☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão
☐ Controle Hemorragia
☐ Curativo
☐ Punção Venosa periférica
☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gastrica
☐ Sonda Vesical
☐ Sedação
☐ Imobilização Membros
☐ Colar Cervical
☐ Talas/Tração
☐ Entubação Orotraqueal
☐ Traqueostomia
☐ Monitoração Cardíaca / Oximetria
☐ Outros

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA

Reposição volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactado	500ml			EV	
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glicosado 0,5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: _____

MUNICÍPIO: _____

INTERCORRÊNCIA: _____

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
		X	X

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF: _____ / _____ Assinatura: _____

Dr. M. de Fátima Oliveira
CRM 25036

Assinatura e rubrica do médico
(unidade de destino)
HORA: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE
CAMOCIM DE SÃO FÉLIX
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE HIGIENE E SAÚDE

FICHA DE EMERGÊNCIA

Data/hora do atendimento: 27/03/2017 15:28h
Nome: Osvaldo Augusto dos Santos Prontuário: 4459
Sexo: M Profissão: agricultor Data de Nascimento: 30/06/1974
Estado civil: Solteiro Peso:
Filiação: Maria da Socorro dos Santos
Augusto Amaro dos Santos
Endereço: Sítio Pacas II
Médico: Dr. La'time
História da doença atual: TCE
fratura de clavícula

Exame Físico: PA: 120 x 80 R: 20 rpm
SpO₂: 95% FC: 115 bpm
HGT: 9.2 mg/dL

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura:
Diagnóstico provisório:

Conduta: Ao FR
cateter IV + SRL 500ml
SG 5% 7500 ml IV

Assinatura do Enfermeiro

Hora da Liberação do paciente

M^{te} de Fátima Oliveira
CRM 25050

27 MAR 2017

Assinatura do Médico - CRM

RUA MANOEL SERAFIM, 118 - CENTRO - 55665-000
CAMOCIM DE SÃO FÉLIX - BRASIL

COD.: 20 - Gráfica Lima: (01) 3728-0305



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1583220

Nome: OSVALDO A. JACQUES

Foi atendido às 21 hs. do dia 27 03 17

Diagnóstico Provável:

TCC. Ac. moto

EUS. D. S. B. Ant

D. H. D. V. D.

Tratamento Realizado:

Φ evul

ET & Mon. p. evul

em v. evul

Observação:

UD 506

Atestado de 20 dias

Cópia de:

27.03.17

Dr. Sadi C. M. Quinto
Médico CRM Nº 15308
CPF: 026.936.94-40

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. 0086





Número do Registro

Notificado: 28/03/17

Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VEH-HR/SES - NEPI

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

787369		Data e Hora de Atendimento: 27/03/2017 21:03		Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL	
Atendimento Manual :					
Cod. Paciente: 1583220 Paciente: OSVALDO AUGUSTO DOS SANTOS					
Data de nascimento: 30/06/1994 Idade: 22a 8m 27d Sexo: MASCULINO					
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: _____ Acompanhante: MARIA VANDERLUCIA DOS S/					
DOC ID / Data expedição 9740267 / 10-Jun-13		Mãe: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS Pai: AUGUSTO AMARO DOS SANTOS Cartão SUS: _____			
Endereço: SITIO PACA DOIS Número 1 Bairro: ZONA RURAL Complemento: _____ Cidade: CAMOCIM DE SAO FELIX UF: PE Telefone: 95116846					
Ocorrências: _____					
Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO					
Procedência: OUTRO HOSPITAL					
Informações do Serviço Social:					
Confirmação de nome:		Fones: _____		Assistente Social	
Confirmação de endereço:					
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐					
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐					
Outros ☐					
Observação: _____					
Assistente Social					
História Clínica: #27103117 às 21:08 = Paciente vítima de acidente de moto com perda de consciência e episódio emético. Relata dor no ombro direito e no hipocôndrio esquerdo. Pulso apólice e náusea. Nega urticária. <u>Alergia DIPIRONA</u>					
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 MVE em PHT					
C. Circulatório PA: X mm Pulso: 124 bpm					



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 19/05/2019 16:37:42

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051916374231300000044630969>

Número do documento: 19051916374231300000044630969

Num. 45316333 - Pág. 5

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIF ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora	
Score:	Hora:	Score:	Hora:	Score:	Hora:
ECG 15, pupilas isocóricas, fotoreagentes, sem defect motor ☐					
E: Exposição/Abdômen:					
Abdômen depressível, dor no hipocôndrio esquerdo à palpitação, sem VHG. Dor no ombro direito.					
Diagnóstico Inicial:				Cod. Procedimento	
Politrauma					
Condução:				Ass. Médico	
① Rx de tórax de coluna cervical perfil, Rx - tórax, lateral, ombro direito ② Avaliação da CG ③ Avaliação do Ortopeda ④ TC de crânio ⑤ Realização da NCE				Ass. Enfermagem	
Evolução de Enfermagem:				Dr. Abraão Ximenes Neurocirurgia CRM-PE: 21645	
Definição do Caso:				Condição de Alta:	
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se				☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito	
Internado na Clínica: Transferido para:				Autorização para Alta / Internamento / Transferência: Médico: _____ CRM: _____ Data: 27/03 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: 27-Mar-17					

