

## SINISTRO 3190517847 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** EDILSON FERREIRA CAMPOS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

**BENEFICIÁRIO** EDILSON FERREIRA CAMPOS

**CPF/CNPJ:** 05114804405

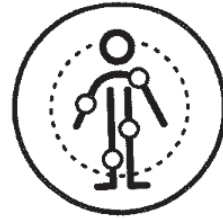
**Posição em 04-12-2019 11:02:44**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.



# Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



## LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

### DADOS PESSOAIS

Nome do paciente EDILSON FOMMIRA CAMEROS  
Data de nascimento 03, 03, 1982 RG 6914542 SDS CPF 051.148.044/05

### DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 29, 04, 18

Nº do B.O. 18E0210000463

Resumo clínico Paciente vítima de acidente de trânsito;  
sem politraumatismo

Diagnóstico TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO + FRT. CLAVICULA FX

Tratamento IMOBILIZAÇÃO (GESSO) + EXERCÍCIOS

Sequelas DDR + CÉPTICAS OMBRO L

2. Lesões dos membros superiores direitos + Ombro

Data da alta ambulatorial definitiva 03, 08, 19

Abreu e Lima, 03 de Agosto de 2019

Dr. Pedro Marques  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 8594  
CPF 172.676.334-04  
MAIORELA

Médico (CRM)

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278



UNIDADE MISTA JOANA AMELIA.CAVALCANTI

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

No. Ocorrência: 021514

Prontuário:00052195-7

Nome:EDILSON FERREIRA CAMPOS

Endereço:R. SEVERINO ADRIÃO, N° 54

Cidade:JOÃO ALFREDO/PE

Documento:CI6914542

Mãe:ELZA FERREIRA CAMPOS

Profissão:

Idade:36 ANOS, 1 MÊS E 26 DIAS

Data de nascimento:03/03/1982

Sexo:M

Bairro:BOA VISTA

NAC:BRASILEIRO Est. Civil:SOLTEIRO

Responsável:DANIEL DA SILVA VIEIRA

Pai:

CEP:55720000

CNS:898002358575277

**Últimas Ocorrências**

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
29/04/2018 19:04	0215145	ACIDENTE MOTO
17/04/2018 14:35	0212724	
06/02/2018 17:24	0202853	DOR DE CABEÇA

HGV 5436276

**PRE-CONSULTA**

Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

Horário	P.A.	TEMPERATURA	Pulso	Peso	Assinatura
	120 x 80 mmHg				

**Queixas / Diagnóstico**

**Tratamento**

Paciente acidentado  
vítima de acidente  
de moto

1) SG Si. 1000 ml EV  
2) Observação

**Exames complementares**

**Impressão diagnóstica**

CID

**Motivo da saída:**

Residência ☐ Internado ☐

**Justificativa:**

**Encaminhado:**

**Removido:**

**Óbito:**

as \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia

as \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia

Data saída:

Hora saída:

Data da impressão: Domingo, 29 de Abril de 2018 às 19:04

<input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO		ADM MEDICAMENTO: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO		TÉCNICO / COREN  M <sup>º</sup> Daniel Vieira MÉDICO CRM-PB 7494 / CRM-PE. 20425
Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO		HORÁRIO	





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

### Ficha de Atendimento

Numero do Registro

NCR / 30/06/2018  
C6

ETIQUETA  
Te 100610028  
020610079  
020610010  
020610036

<b>966183</b>	Data e Hora de Atendimento: 30/04/2018 05:16	Local de Entrada: <b>EMERGENCIA GERAL</b> Atendimento Manual :
Cod. Paciente: <b>1631793</b> Paciente: <b>EDILSON FERREIRA CAMPOS</b> Data de nascimento: <b>03/03/1982</b> Idade: <b>36a 1m 28d</b> Sexo: <b>MASCULINO</b>		
Estado Civil: <b>SOLTEIRO</b> Profissão: _____ Acompanhante: <b>MACIEL JOSE DE ALMEIDA</b>		
DOC ID / Data expedição <b>6914542 / 08-Apr-13</b>	Mãe: <b>ELZA FERREIRA CAMPOS</b> Pai: <b>JOSE FERREIRA CAMPOS FILHO</b>	Cartão SUS: <b>898002358575277</b>
Endereço: <b>RUA SEVERINA AGRIAO</b> Bairro: <b>CENTRO</b> Cidade: <b>JOAO ALFREDO</b>		Numero <b>52</b> Complemento: UF: <b>PE</b> Telefone: <b>995988501</b>
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: <b>ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)</b> Procedência: <b>HOSPITAL GETULIO VARGAS</b>		Notificado <u>28/11/18</u> Vigilância Epidemiológica Hospitalar VEH-HR / NEPI
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome: Confirmação de endereço: Providências: Alta <input checked="" type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		Assistente Social
Observação: <u>30/04/18 - Paciente de alta, sem acompanhante, Maciel, cliente, aguardando remoção do município.</u>		Assistente Social Gandra Valéria Assistente Social CRESS 3074
História Clínica: <u>Vítima queda de moto há 11h. No momento, em estado de dor e ansiedade. (história de claudicação).</u>		
Atendimento Médico Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: _____ Transporte realizado Por: _____ Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: _____ Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê? _____		
Exame Físico:		
A: Geral Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> O paciente fala: * Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp. _____		
B: Respiratório <u>em boa marcha</u>		
C: Circulatório PA: <u>110 x 70</u> mm Pulso: <u>70 bpm</u>		



D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>		Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora			
Escore: 4	Escore: 5	Escore: 6			
Hora:	Hora:	Hora:			

Reflexos isocóricos

E: Exposição/Abdômen:

É dor abdominal - dor no flanco E.

Diagnóstico Inicial:

TCE

Cod. Procedimento

Conduta:

- ① Solto TC de crânio / TC de coluna
- ② Análise NRC e de Traumatismo.
- ③ Alta do CG

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Antônio Lucas da Silva  
Cirurgia Geral  
CRM-PE 19.795

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Dr. Tiago Moura

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☒ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

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 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: 30-Apr-18

Dem Epile!!

Dr. Samuel Trindade  
Neurocirurgia  
CREMEPE 26.674





# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

30/04/2018 05:08



Nome Paciente: EDILSON FERREIRA CAMPOS  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 03/03/1982  
Sexo: Masculino  
Idade: 36  
Senha: U0012  
Convênio:  
Atendimento:

30/04/2018 05:08 - ALEXSANDRA COUTINHO LIMA - COREN: 140438 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 11 HORAS, APRESENTOU DESMAIO E VOMITO. APRESENTA FRATURA DE CLAVICULA ESQ + SINAL DE GUAXINIM ESQ

Observação: SENHA: 5416447

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 7  
- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

#NCR# 30/04/18 06:20h

Paciente Segm Excluído. ECG IS. PIR.  
TC DE CRÂNIO =) & patologia neurocirúrgica  
TC DE COLUNA =) & Queda de Entor  
CEVIER

(Ca) - Atual da NCR  
C/ Osmotom.  
- Av. de Osmotom.  
(Isolado r/ Equip. de NCR)

Dr. Samuel Trindade  
Neurocirurgia  
CREMEPE 26.614

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA COUTINHO LIMA  
Data: 30/04/2018 05:08



01



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO: Edilson Ferreira Campos

IDADE: 36 anos

SEXO: F ☐ M ☒

Ao UR - Neurocirurgia  
senha: 54 16 447

Paciente de 36 anos, vítima de acidente de moto após ingestão alcoólica há 7 horas.

Não lembra do acidente e motorista da remoção refere que transeuntes o encontraram desacordado e que apresentou episódios eméticos no local do acidente.



Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
Recife/PE - CEP 50.630-080  
Fone: 0XX.81.31845600

HGV.1002.V.1.2013.



AO exame:

A: VUAA pérmis

B: MV⊕ em AMT, SIRA

C: RCR em 2T, BNG, SIS

D: Glasgow 14

E: hematoma bipalpebral esquerdo +  
escoriações em região supra-orbitária ⊕  
escoriação em flanco ⊕.  
fratura em clavícula esquerda - conservada

cd: 1) Solicito avaliação do  
caso.

2) Receber alta da BMF e orto-  
pédia.  
Grata,

  
Paula Passa  
CRM-PE 22702  
Cirurgia Geral

20/04/18







VERMELHA  
**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)**



**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

Edison Faria Campos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

36 31 293

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

TC da crânio

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC da coluna cervical, torácica e lumbosacral

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**

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

Antônio Lucas dos M. Filho

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

Antônio Lucas dos M. Filho  
Cirurgia Geral  
CRM-PE 39.795

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**AUTORIZAÇÃO**

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

30.4.28

Cod. 0421



Paciente: Edilson Fmura

Data: 30/09/18

Enfermagem: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Glasgow		
<b>Abertura Ocular</b> <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<b>Resposta Verbal</b> <input checked="" type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>15</u> pontos.		
<b>IRM</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <b>Frankel:</b> _____ <b>A -</b> Perda motora e sensível completa <b>B -</b> Apenas sensibilidade preservada <b>C -</b> Motricidade não funcional presente <b>D -</b> Motricidade funcional presente <b>E -</b> Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).		
<b>Sistema Respiratório:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros <b>Qualis:</b> _____ <b>Ventilase:</b> <input checked="" type="checkbox"/> AVP <u>M512</u> <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> JH <input type="checkbox"/> Sem Acesso.		
<b>Dieta</b> <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Aberta		
<b>Eliminação Intestinal:</b> <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia		
<b>Diurese:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <b>Aspecto:</b> _____		
<b>Pele:</b> <input type="checkbox"/> Inteira <input checked="" type="checkbox"/> Lesionada <u>fau + M55 + plano E + MMS</u>		
<input type="checkbox"/> Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito		
<b>Localização:</b> _____ <b>Localização:</b> _____ <b>Estágio:</b> _____		
<b>Queixas:</b> _____		
<b>Exames:</b> _____		
<b>Parâmetros:</b> _____		
<b>Observações (Diurnas / Noturnas):</b> <u>Ref. Estável, alta da NCR, encaminhado pl avaliação</u> <u>com o neurologista.</u>		
<b>Ass:</b> <u>Carolina de Jesus</u>		

**Carolina Sotelo de A. Lima**  
COREN-PE 524.391-ENB

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Glasgow		
<b>Abertura Ocular</b> <input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<b>Resposta Verbal</b> <input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
Total: _____ pontos.		
<b>IRM</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Frankel:</b> _____ <b>A -</b> Perda motora e sensível completa <b>B -</b> Apenas sensibilidade preservada <b>C -</b> Motricidade não funcional presente <b>D -</b> Motricidade funcional presente <b>E -</b> Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).		
<b>Sistema Respiratório:</b> <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros <b>Qualis:</b> _____ <b>Ventilase:</b> <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> JH <input type="checkbox"/> Sem Acesso.		
<b>Dieta</b> <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Aberta		
<b>Eliminação Intestinal:</b> <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia		
<b>Diurese:</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <b>Aspecto:</b> _____		
<b>Pele:</b> <input type="checkbox"/> Inteira <input type="checkbox"/> Lesionada		
<input type="checkbox"/> Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito		
<b>Localização:</b> _____ <b>Localização:</b> _____ <b>Estágio:</b> _____		
<b>Queixas:</b> _____		
<b>Exames:</b> _____		
<b>Parâmetros:</b> _____		
<b>Observações (Diurnas / Noturnas):</b> _____		
<b>Ass:</b> _____		



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 966123

Nome: Edilson Ferreira Campos

Foi atendido às \_\_\_\_\_ hs. do dia 30/04/12

Diagnóstico Provável: Fratura de clavícula  
esquerda

Tratamento Realizado: Avaliação clínica  
e radiológica + tratamento  
conservador com imobilização  
tipo tala.

Observação: Paciente retorna ao amb.  
clínico de ortopedia em  
10 dias.

Cópia de:

30/04/12

Dr. Tiago Moura  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 531 TEOT 13045  
Médico - CRM Nº

**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

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 1631793  
Nome: Edilson F. Moreira Campos  
Foi atendido às 05:16 h do dia 30, 04, 18  
Diagnóstico Provável TCE h. 15  
30, 04, 18 data da alta

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:  
CEFALÉIA ( dor de cabeça que não alivia )  
VÔMITOS  
PARALISIAS ( que aparecem após a alta )  
ANISOCORIA ( MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA )  
CONVULSÃO  
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja  
Alergia ( NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL )

~~Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA~~

Observação : ~~\_\_\_\_\_~~

ATENÇÃO : Este documento destina-se à 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.

Dr. Samuel Trindade  
Neurocirurgia  
CRM/PE 25.614

Cod. 0163





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Edilson F. Campa

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

Portador de  
prótina do hemú-  
culo e, in con-  
sultada da.

5420

Data:



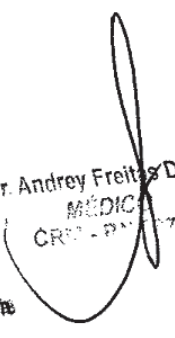
9/8/18

Ass. Carimbo/Médico

Dr. Rinaldo  
Carmo do Carmo  
CRM 1112/PE





 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b> 		<b>RECEITUÁRIO</b>	
NOME COMPLETO: <i>Rafael Ferreira Lompo</i>			
IDADE:		SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
<p style="text-align: center;">108 3936</p> <p><i>(1)</i> Imobiliz. em</p> <p style="text-align: center;"><i>8</i></p> <p style="text-align: center;"><i>30.04.18</i></p> <p style="text-align: center;">   <b>Dr. Andrey Freitas Duarte</b>  <b>MÉDICO</b>  <b>CRM - RN 20775</b> </p> <p style="text-align: center;"> <b>Dr. Andrey Freitas Duarte</b>  <b>MÉDICO</b>  <b>CRM - RN 20775</b> </p>			

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
 Recife/PE - CEP 50.630-060  
 Fone: 0XX 81.31845600

HGV.1002.V.1.2013.





TAD /  
x F1910  
x 10VAL1



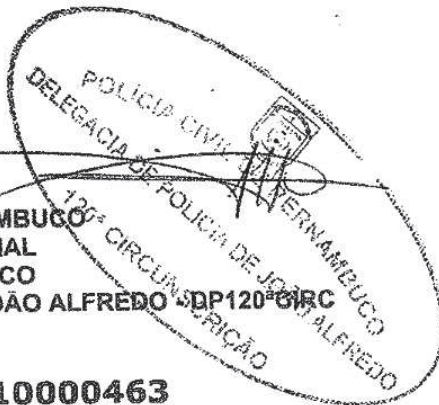


25/07/2018

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 120ª CIRCUNSCRIÇÃO - JOÃO ALFREDO  
DINTER/16º DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0210000463

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/07/2018 às 15:15

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 29/4/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO MELANCIA, 01 - Bairro: ZONA RURAL - JOÃO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO COLÉGIO**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)  
EDILSON FERREIRA CAMPOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EDILSON FERREIRA CAMPOS**



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

**EDILSON FERREIRA CAMPOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELZA FERREIRA CAMPOS Pai: JOSÉ FERREIRA CAMPOS FILHO** Data de Nascimento: 3/3/1982 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6914542/SDS/PE (RG). 05114804405 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: CABELEIREIRO(A) Telefones Celulares: - 81997494541

Endereço Residencial: **RUA SEVERINO ADRIÃO G DA SILVA, 54 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - JOÃO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, AO LADO DA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDILSON FERREIRA CAMPOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDILSON FERREIRA CAMPOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEJ3703** (PERNAMBUCO/JABOATÃO DOS GUARARAPES) Renavam: **07030555** Chassi: **9C2KC1680BR502858**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O SENHOR EDILSON FERREIRA CAMPOS PARA NOTICIAR QUE, EM 29/04/2018, POR VOLTA DAS 18:30, QUANDO SE DESLOCAVA DO SÍTIO MELANCIA PARA O CENTRO DE JOÃO ALFREDO, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA, CHEGANDO A CAIR NO ACOSTAMENTO.**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0210000463

25/07/2018

Boletim de Ocorrência

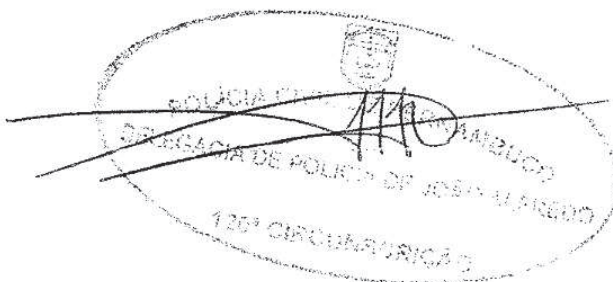
EM VIRTUDE DA QUEDA, O SENHOR EDILSON SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES E FRATUROU A CLAVÍCULA, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL. CONSTA EM BOLETIM DE EMERGÊNCIA QUE A VÍTIMA FOI ATENDIDA PELO MÉDICO EDNALDO VIEIRA, CRM - PE 20425. OPORTUNO DIZER AINDA QUE A VÍTIMA NÃO TEM CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO, CNH. NADA MAIS DGNO DE REGISTRO.

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

**EDILSON FERREIRA CAMPOS**

(VÍTIMA) *Edilson Ferreira Campos*

B.O. registrado por: **EUGENIO PEREIRA DA SILVA** - Matrícula: **3875008**



DESCRICÃO DA NOTA FISCAL



### PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Edilson Ferreira Campos, brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 053.348.044-05 e portador da cédula de identidade nº 6.914.542 residente e domiciliado(a) na Quartelzinho A G da Silva nº 56 bairro de Centro CEP 55720-000 na cidade de João Alfredo / 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 judiciais, 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, 04 de 12 de 2019

Edilson Ferreira Campos  
Outorgante





## DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Edilson Ferreira Campos,  
brasileiro(a), estado civil solteiro,  
profissão caboleleiro Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 053 348 044 05, e portador da cédula de  
identidade nº 6944 542, residente e  
domiciliado(a) rua Severino A. G. da Silva  
nº 56, bairro Centro,  
CEP 55720-000 na cidade de  
João Alfredo / 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, 04 de 12, de 2019.

NOME: Edilson Ferreira Campos

