

## 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

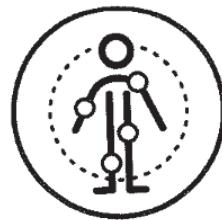
**Posição em 04-12-2019 11:02:44**

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

### O DADOS PESSOAIS

Nome do paciente EDILSON FONSECA CALEOS  
Data de nascimento 03/03/1982 RG 6914542 SDS CPF 051.148.044/05

### O DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 29/04/18  
Nº do B.O. 18E0210000463

Resumo clínico Paciente vítima de acidente de trânsito,  
apresenta politraumatismos

Diagnóstico TRAUMA CRANIOCEFÁLICO + FRACT. CLAVICULA (EQUA)  
Tratamento IMOBILIZAÇÃO CERVICAL + EXTRACRANIANA  
Sequelas 1. DOR + OSTEOPATIA ALCERADA (EQUA)  
2. Limitação dos movimentos cervicais + dor no 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 171.676.334-04  
NASCIMENTO 11/05/1971

Médico (CRM)

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



JUNIÓADE MISTA JOANA AMELIA CAVALCANTI

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00052195-7

Nome: EDILSON FERREIRA CAMPOS

Endereço: R. SEVERINO ADRIÃO, Nº 54

Cidade: JOÃO ALFREDO/PE

CEP: 55720000

Documento: C16914542

CNS: 898002358575277

Mãe: ELZA FERREIRA CAMPOS

Profissão:

167 = 155 mg/dL

No. Ocorrência: 021514

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:

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

HGN 5416276

PRE-CONSULTA

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

Horário	P.A.	TEMPERATURA	Pulso	Peso	Assinatura
	120 x 80 mmHg				19:20

Queixas / Diagnóstico

Tratamento

<i>Palidez</i>	<i>Colírio</i>	<i>OSG 51. Vogo 2018</i>
<i>Tristeza</i>	<i>Colírio</i>	<i>② Oftalmologista</i>
<i>de mal</i>		

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	ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	

Consultas / Atendimento Médico:	MÉDICO <i>Daniel Vieira</i>
<input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada	MÉDICO <i>Daniel Vieira</i> CRM-PB 7494/CRM-PE, 20425 HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO



Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS - 03/01/2020 13:51:41

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010313514093200000055167841>

Número do documento: 20010313514093200000055167841

Num. 56075205 - Pág. 1



**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco**  
**Hospital da Restauração**

## **Ficha de Atendimento**

**Numero do Registro**

NRK) 33066029  
C6

ETIQUETA  
02065/0079  
02065/0050  
02065/0036  
TE

966183		Data e Hora de Atendimento: 30/04/2018 05:16	Local de Entrada: <b>EMERGENCIA GERAL</b> Atendimento Manual :
Cod. Paciente: 1631793 Paciente: EDILSON FERREIRA CAMPOS		Data de nascimento: 03/03/1982 Idade: 36a 1m 28d Sexo: MASCULINO	
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão:		Acompanhante: MACIEL JOSE DE ALMEIDA	
DOC ID / Data expedição 6914542 / 08-Apr-13	Mãe: ELZA FERREIRA CAMPOS Pai: JOSE FERREIRA CAMPOS FILHO	Cartão SUS: 898002358575277	
Endereço: RUA SEVERINA AGRIAOP Bairro: CENTRO Cidade: JOAO ALFREDO		Número 52 Complemento: UF: PE Telefone: 995988501	
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)			
Procedência: HOSPITAL GETULIO VARGAS			
Informações do Serviço Social:			
Notificado 28/11/18 Vigilância Epidemiológica Hospitalar VEH-HR / NEPI			Fones: _____
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: 30/04/18 - Paciente alto, seu acompanhante Maciel, cliente, o guardando a mala do município.			
História Clínica: _____			Assistente Social Sandra Valeria P. Silva Assistente Social CRESS 3074
<p>Vítima Queda de moto 06 ± 11h. No rosto, em região de dor no ombro E. (fratura à clavícula).</p> <p style="text-align: right;">Atendimento Médico</p> <p>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?</p>			
<p><b>Exame Físico:</b></p> <p>A: Geral   Via aérea está pélvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp: _____</p> <p><i>Seu olho esquerdo</i></p> <p>B: Respiratório   M: + A: -, S: +</p> <p>C: Circulatório   PA: X mm   Pulso: 70 bpm   bpm</p> <p><i>Seu aorte estreito</i></p>			



D: Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas	
Glasgow: Abertura Ocular Escore: <input type="checkbox"/> Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: <input type="checkbox"/> Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: <input type="checkbox"/> Hora:

Replies isoladas

E: Exposição/Abdômen:

F dor abdominal - Dor no flanco e

Diagnóstico Inicial:

TCE

Cod. Procedimento

Conduta:

- ① folio TC: d: crano / TCE d: clvra
- ② dntrop NRC e de Traumato.
- ③ alto do CG

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Antônio Lucas dos S. Filho  
Cirurgia Geral  
CRM-PE 19.795

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

<input type="checkbox"/> Internamento	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado
Internado na Clínica:					<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado	
Transferido para:					<input type="checkbox"/> Óbito		

Autorização para Alta / Internamento / transferência:

Médico: Dr. Hugo Moura CRM-PE 15791 TEU 1345 CRM: Data: Hora:

Condição de Alta:

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 semexames 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 nosocomio, 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

Dr. Samuel Trindade  
Neurocirurgia  
CREMEPE 26.614



# 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: XXXXXXXXXX

Cor: XXXXXXXXXX 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  
- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

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

Pronto, Agora Entend. ECG IS. PIFR.  
TC DE CRANIO -> X patologe neurocirurgia  
TC DE COLUNA -> X Sinalis de Fratura  
Cervical

(C) - Atm & NCR

- C/ Ossificação.  
- Av. da Ossificação.

Dr. Samuel Trindade  
Neurocirurgia  
CREMEPE 26.614

(Assinado p/ Equipe de NCR)

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



 <p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas</p>	 <p>RECEITUÁRIO</p>
<b>NOME COMPLETO:</b> Edilson Ferreira Lamas <b>IDADE:</b> 36 anos <b>SEXO:</b> F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	
<p>AO HR - Neurocirurgia  <u>Senha:</u> 54 16 447</p>	
<p>Paciente de 36 anos, vítima de acidente de moto após ingestão alcoólica há 7 horas.      Não lembra do acidente e motonista do rombo refere que transeuntes o encontraram desacordado e que apresentou episódios eméticos no local do acidente.</p> <p>→</p>	

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

HGV.1002.V.1.2013.



AO EXAME:

- A: VUAA pérnas
- B: MV<sup>+</sup> em AHT, SIRA
- C: RCR em 2T, BNE, SIS
- D: Glasgow 14
- E: Hematoma bopalpebral esquerdo +  
escoriações em região supra orbitária  
escoriação em blanço   
falta em clâneula esquerda - conservada

- Co:
- 1) Solicito avaliação do  
caso.
  - 2) Receber alta da BMF e orto-  
pedista.
- Grata,



Paula Passos  
Cirurgia Geral  
CRM-PE 22722

30/04/18



*VENAGLIA*



Sistema  
Único  
de Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

### 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

Edilson *firmo* Empres

6 - N° DO PRONTUÁRIO

16 31233

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 cranio

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC da coluna cervical, toracico + lombor.

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

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

Antônio Luiz dos M. Filho

Assinatura: *Antônio Luiz dos M. Filho*  
Carimbo: *Cirurgia Geral*  
CRM/PE 19.795

25 - N° DOCUMENTO ( CNS / CPF ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO ( N° DO REGISTRO E CONSELHO )

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - N° DOCUMENTO ( CNS / CPF ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO ( N° DO REGISTRO E CONSELHO )

*30. 9. 18*

Cod. 0421





Hospital da Restauração / Neorocirurgia  
Evolução de Enfermagem



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Edilson Ferreira

Data: 30/09/18

Enfermagem: Leito: Hipótese Diagnóstica:

Glasgow		Resposta Verbal		Total: 15 pontos.
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece (6 pts.)		
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.)		
<input type="checkbox"/> A dor (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Palavras Inadequadas (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.)		
<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.)		
	<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Extensão (descobre.) (2 pts.)		
		<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)		

(RM)  Sim  Não      Franquel: \_\_\_\_\_

A - Perda motora e sensitiva completa  
B - Apenas sensibilidade preservada  
C - Motricidade não funcional presente

D - Motricidade funcional presente  
E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anomalias de reflexos).

Sistema Respiratório:  Espontâneo  TOT  TOT  Outros      Quais: \_\_\_\_\_

Venoclise:  AVP 150  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:  Integra  Lesionada *face + M 55 + branco E + M 15 -*

Ferida Operatória: Data da Cirurgia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Úlcera de decíbilo

Localização: \_\_\_\_\_ Localização: \_\_\_\_\_ Estágio: \_\_\_\_\_

Quedas: \_\_\_\_\_

Exames: \_\_\_\_\_

Pareceres: \_\_\_\_\_

Observações (Diurnas / Noturnas): *Ret estéril, alta da NCP, incontinência pt avulsa*  
*com lipo traumática*

Ass: *Joaninha Santos*

*Carolina Soárez de A. Lima*  
COREN-PE 524.997-ENF

Glasgow		Resposta Verbal		Total: _____ pontos.
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece (6 pts.)		
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.)		
<input type="checkbox"/> A dor (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Palavras Inadequadas (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.)		
<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.)		
	<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Extensão (descobre.) (2 pts.)		
		<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)		

(RM)  Sim  Não      Franquel: \_\_\_\_\_

A - Perda motora e sensitiva completa  
B - Apenas sensibilidade preservada  
C - Motricidade não funcional presente

D - Motricidade funcional presente  
E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anomalias 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:  Integra  Lesionada

Ferida Operatória: Data da Cirurgia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Úlcera de decíbilo

Localização: \_\_\_\_\_ Localização: \_\_\_\_\_ Estágio: \_\_\_\_\_

Quedas: \_\_\_\_\_

Exames: \_\_\_\_\_

Pareceres: \_\_\_\_\_

Observações (Diurnas / Noturnas): \_\_\_\_\_

Diurno: \_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

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 Próximo: Fratura de Iaváula  
equilíbrio

Tratamento Realizado: Avaliação clínica  
e radiológica + tratamento  
conservador com inclu-  
sição tipo fixo.

Observação: Marcam retomar no amb-  
último de outubro em  
10 dias.

Cópia de:

30/04/12

Dr. Tiago Moura

Ortopedista/Ortopedista

CRA-PE 5591 TEC/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 N.º 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: 16 317 93  
Nome: Elison Ferreira Damros  
Foi atendido às 05:16 h do dia 30/09/15  
Diagnóstico Provável TCE n.º União  
data da alta 30/09/15

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

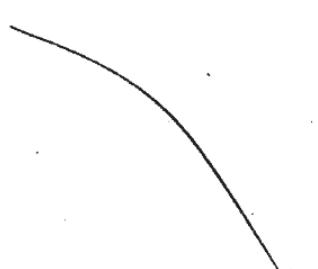
Observação :  

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

Dr. Samuel Trindade  
Neurocirurgia  
CRM-PE 26.616

Cod. 0163



 <p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO</p>	
Paciente: <i>Edilson F. Lampião</i>	Registro: Box/Leito/Enfermaria:
Clinica:	
<p>Portador de fratura do tornozelo e, já can- celada.</p> <p>5520</p> 	
Data: <i>9/8/18</i>	Ass. Carimbo/Médico: <i>Dr. Rinaldo Góes</i> CRM: <i>1112/PE</i>





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



### RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

*Edilson Ferreira Lompo*

IDADE:

SEXO: F  M

103 3936

0

*Imobilizado em*

8

*30.04.18*

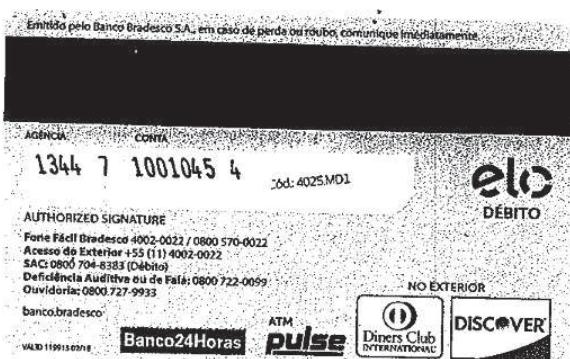
Dr. Andrey Freitas Duarte  
MÉDICO  
CRM - RN 2775

Dr. Andrey Freitas Duarte  
MÉDICO  
CRM - RN 2775

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

HGV.1002.V.1.2013.



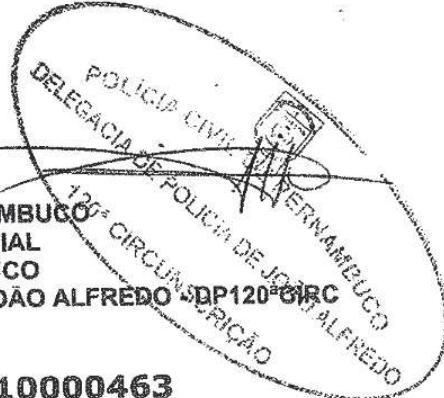


*TAJ/*  
*x 71910*  
*x 100411*



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 - DPP120º CIRC  
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 - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **29/04/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO MELANCIA, 01** - Bairro: **ZONA RURAL - JOAO 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 (VITIMA )

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 ADRIAO G DA SILVA, 54 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, AO LADO DA SECRETÁRIA 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/JABOATAO 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.**



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 DENO DE REGISTRO.

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

EDILSON FERREIRA CAMPOS

(VITIMA) *Edilson Ferreira Campos*

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



## 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

<b>DADOS DO CLIENTE</b> SEVERINO PEREIRA PESSOA CPF: 299.844.164-53	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>29/11/2019</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>22/11/2019</b> <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>22/11/2019</b> <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>086114646</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007000512979</b> <b>Nº DO CLIENTE</b> <b>2002715133</b> <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>0005032023</b>
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA SEVERINO A G DA SILVA 56 CENTRO/JOAO ALFREDO 55720-000 JOAO ALFREDO PE			
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 <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>			

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	39,00	0,78666762	30,68					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,21					
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,70					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,03					
Multa por atraso-NF 082257574 - 23/10/19			0,57					
Juros por atraso-NF 082257574 - 23/10/19			0,01					
Atualização IGPM-NF 082257574 - 23/10/19			0,01					
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>35,21</b>					
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>								
<b>ICMS</b>	<b>PIS</b>	<b>COFINS</b>						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
32,59	25,00	8,14	32,59	0,92	0,29	32,59	4,25	1,38

**Tarifas Aplicadas**

Consumo Ativo(kWh)	0,54933000
--------------------	------------

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

R\$	%
11,19	34,33
1,11	3,41
6,76	20,74
1,59	4,88
9,81	30,10
2,13	6,54
32,59	100

**HISTÓRICO DO CONSUMO**

kWh	
NOV 19	39
OUT 19	34
SET 19	30
AGO 19	30
JUL 19	39
JUN 19	36
MAR 19	35
FEV 19	31
JAN 19	30
DEZ 18	30
NOV 18	30

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003141838287	CAT	23/10/2019 6.528,00	22/11/2019 6.567,00	30	1.00000	0,00	39,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/12/2019							
set/2019							
DIC-No.de horas sem Energia BOM JARDIM 0,65 5,91 11,82 23,64							
FIC-No.de vezes sem Energia 1,00 3,36 6,72 13,45							
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua 0,65 3,46 0,00 0,00							
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico Limite DICRI: 12,22							
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 11,63							
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! ag correios joao camara: rua santo antonio centro / malu acessorios: rua marechal deodoro da fonseca 4 boa vistaLista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> ."							
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .				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 próximo mês.				O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.			
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							
007000512979	11/2019	0,00	29/11/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.							
FATURA PAGA											
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA											



PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Edilson Ferreira Campos, brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 053 448 044-05 e portador da cédula de identidade nº 6914 542, residente e domiciliado(a) na Rua Jerônimo A G da Silva, nº 56, bairro Centro, de João Pessoa, na PE, cidade de 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](mailto:anasantosadv1@gmail.com), onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

**PODERES:** Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas clausulas "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, Edelson Ferreira Campos,  
brasileiro(a), estado civil sóteiro,  
profissão padeleiro Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 053 448 044-05, e portador da cédula de  
identidade nº 6344 542, residente e  
domiciliado(a) rua Ferreira J. G. da Silva,  
nº 56, bairro Centro,  
CEP 55720-000, na PE,  
João Alfredo, cidade de

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: Edelson Ferreira Campos

