

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Edilson Pereira Lima
brasileiro(a), estado civil casado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 070 836 934 89 e portador da cédula de identidade
nº 7362 248, residente e domiciliado(a) na
Rua Um
nº 60, bairro de Boto St. Antônio
CEP 55665-000 na cidade de Caracim de São Félix / 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, 13 de 07 de 2019

Edilson Pereira Lima
Outorgante

SUBSTABELECIMENTO

ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE nº 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE nº 33664D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por EDILSON PEREIRA VIANA, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 08de Julho de 2019.



Ana Cristina Santos

OAB/PE 28697



SINISTRO 3180558836 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDILSON PEREIRA VIANA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO EDILSON PEREIRA VIANA**CPF/CNPJ:** 07083673489**Posição em 11-07-2019 11:53:14**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/03/2019	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: _____ CRM: _____

8/12/2018 9:05:46 AM

2 de 2

Usuario do Atendimento
SERGIOHS



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Edilson Pereira Viana

Nº do Registro: 323325

Clínica: Traumatologia

Nº do Leito

Operador: Tássio Toledo

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: Raquidiana

Duração:

Data da Operação: 12/08/18

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura exposta do hálux esquerda

Diagnóstico Pós-Operatório: Oremus

Operação Proposta: Tratamento Cirúrgico de fratura exposta do hálux

Operação Realizada: A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em ASA sob raquidiana.
- 2) Anestesia + Intubação + Lavagem de Aspirações;
- 3) Desbridamento cirúrgico + limpeza exaustiva;
- 4) Com 8x9cm;
- 5) Fixação da fratura do hálux com 02 (dois) parafusos n° 1,5;
- 6) Sutura + Curativo;
- 7) Verificação reflexos distais do hálux;
- 8) Encerrado o termo do procedimento.
- 9) TSS.

Tássio Toledo
Ortopedia Traumatologia
CRM 123.456
12 AGO 2018

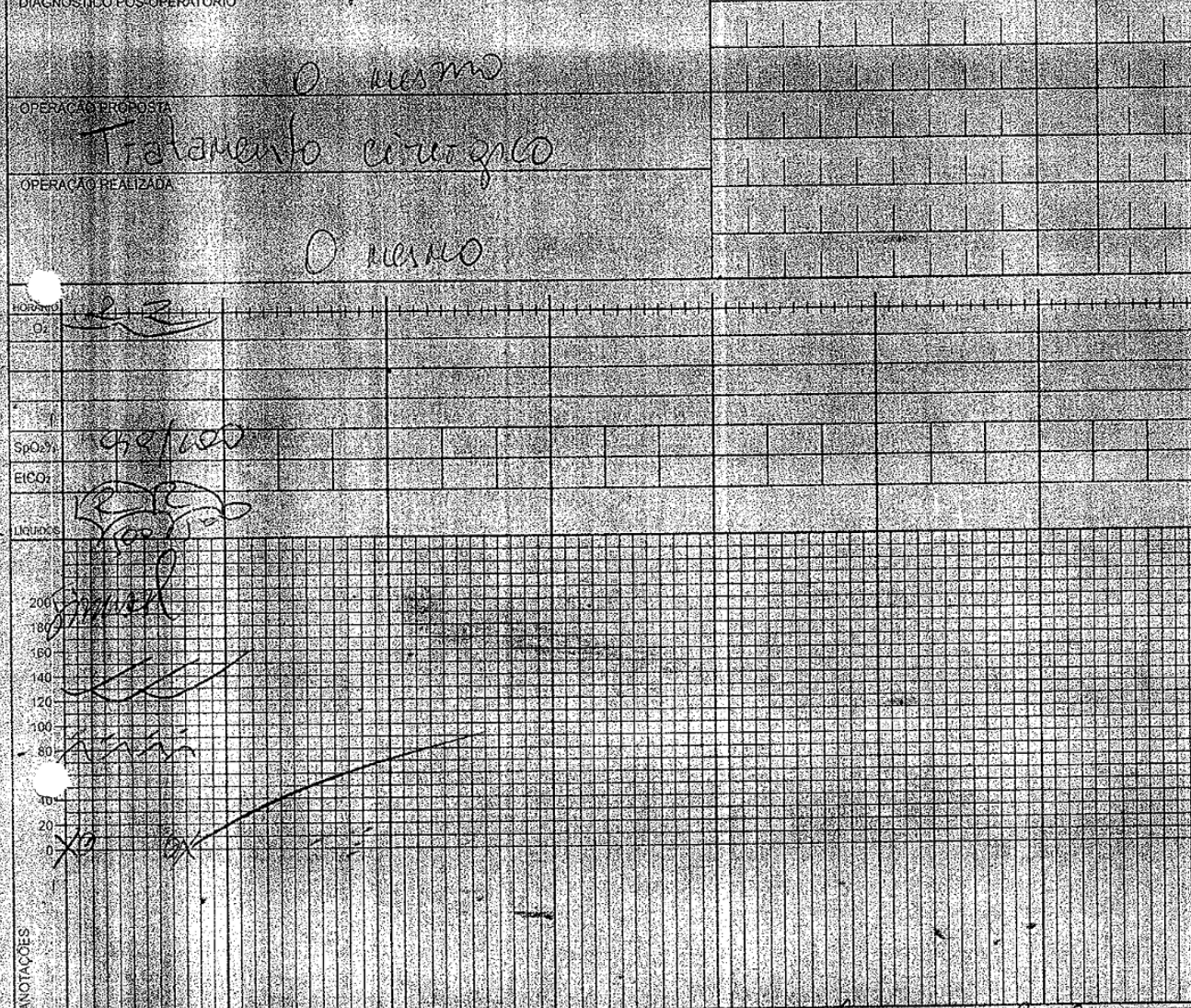


COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

N 195062

NOME	Laibson Pereira Lima	REGISTRO	323325	CATEGORIA	SUS
HOSPITAL	HRA	SEXO	M ☒ F ☐	COR	B
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	fratura Exposta de Hálux 50	IDADE	33a	HORARIO	11:50
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		DATA	12/02/18	RESPIRAÇÃO ASA	1
OPERACÃO PROPOSTA	O mesmo	PESO	65 kg	PA	120/80/75
OPERACÃO REALIZADA	O mesmo	FC	13	BPM	1
		CÓDIGO CIRURGIA		PORTE	



AGENTES	CONC	QUANTIDADE	TECNICA ANESTESICA
Midazolam	0,1mg	1	B. Assepsia toracolumbar e Medul 70/
Propofol	0,1mg	1	Intubação orotraqueal definitiva com tubo de 7,0mm
Cefazolin	20	20	25 na promediana de 134 ligamento plano sem
Adrenalina	20	20	Sangue sem parâmetros. Injeção intratecal
Clonitazepam	10mg	10mg	de Bupivacaína isobarica 15mg/ml 10mg/100mg
Fluturnol	IV 100mg	100mg	
			DURAÇÃO DA OPERAÇÃO
			DURAÇÃO DA ANESTESIA
			CARDIOSCOPIA ☒ CARNÓGRAFO ☐ PVC ☐
			OXÍMETRO ☒ S. VESICAL ☐ TEMPERATURA ☐
			EPN ☒ LINHA ARTERIAL ☐ MONITOR DO ESTADO CEREbral ☐
			ENCAMINHADO ☒ ACORDADO ☐ ADORMECIDO ☐
			SONOLENTO ☐ INTUBADO ☐
			DESTINO ☒ RPA ☐
			UTI ☐ QUARTO ☐

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO *Atend. 436622*

PACIENTE: *Edilson Pereira Vieira* REGISTRO Nº *323325*

SALA CIRÚRGICA Nº *07* DATA *12/08/18*

CIRURGIÃO: *Tarcio Tabosa* ANESTESIOLOGISTA: *Dr. Bruno*

ANESTESIA: *Raqui*

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<i>5m</i>	Oxigênio				Agulha Descartável		
<i>E</i>	Água Destilada				Agulha para Pendura		
<i>1</i>	Atropina			<i>1</i>	Agulha para Raqui		
<i>1</i>	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g			<i>1</i>	Atadura Crepom		
	Clonidina			<i>1</i>	Cateter para Oxigênio		
<i>1</i>	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
<i>1</i>	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
<i>1</i>	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			<i>5</i>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
<i>1</i>	Soro Fisiológico			<i>1</i>	Fio de Nylon <i>3.0</i>		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<i>1</i>	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			<i>1</i>	Lâmina de Bisturi <i>34/15</i>		
<i>1</i>	<i>cefalotina</i>				Luvas Estéreis 7,0		
<i>1</i>	<i>primid</i>			<i>1</i>	Luvas Estéreis 7,5		
<i>1</i>	<i>neocaina</i>			<i>1</i>	Luvas Estéreis 8,0		
				<i>1</i>	Seringa 5ml		
				<i>1</i>	Seringa 10ml		
<i>1</i>	<i>Trucon</i>			<i>1</i>	Seringa 20ml		
<i>1</i>	<i>nasoxon</i>				Sonda de Foiev		
<i>1</i>	<i>pro pi</i>				Sonda Endotraqueal		
	<i>degermante</i>				Sonda Nasogástrica		
	<i>alcohol</i>			<i>1</i>	Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
				<i>1</i>	<i>compressas</i>		
				<i>1</i>	<i>maqui degermacao</i>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 12/08/18 HORA DE ADMISSÃO: 12:20 HORA DA LIBERAÇÃO: _____
REGISTRO: 323325 CIRURGIÃO: Tarciso Tabosa ANESTESISTA: Dr. Bruno
NOME DO PACIENTE: Edilson Pereira Viana

PROCEDIMENTO REALIZADO: Trat. Cirurgico Frat. Exp. Alus Equino SITUAÇÃO FINAL: _____

ITEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	NA ADMISSÃO	APOS		
			1h	2h	3h
Respiração: - Capacidade de respirar profundamente e tossir - Esforço respiratório limitado (dispnéia ou imobilização) - Nenhum esforço espontâneo	2 1 0	2			
Circulação: Pressão arterial sistólica > 80% do nível pré-anestésico 50 a 80% do nível pré-anestésico < 50% do nível pré-anestésico	2 1 0	2			
Nível de Consciência: - Responde verbalmente às questões/ orientado no espaço - Acorda quando chamado pelo nome - Não responde ao comando	2 1 0	2			
Coloração: - Coloração e aparência normais da pele - Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterica - Cianose evidente	2 1 0	2			
Atividade Muscular: Movimenta-se espontaneamente ou sob comando: - Capacidade de movimentar todas as extremidades - Capacidade de movimentar duas extremidades - Incapacidade em controlar qualquer extremidade	2 1 0	1			
Total:					

Necessário para que receba Alta da Sala de Recuperação: 7-8 pontos

Observações:



Estado Geral:

☒ Regular () Comprometido () Grave ☒ Normocorado () Hipocorado ☒ Anictérico
() Ictérico () Cianótico ☒ Acianótico ☒ Hidratado () Desidratado () Anasarca

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**Nível de Consciência:**

☒ Consciente () Inconsciente () Torporoso () Sonolento () Alerta

Nível de Orientação:

☒ Orientado () Desorientado () Sob sedação

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

AR _____ RPM _____

Modo: _____ Fi O2: _____ PEEP: _____ Sat O2: 96%

☒ Espontânea () Traqueostomizada () VM () UNI c/O2 () Venturi

02 Suplementar 1/min:

() Cateter Nasal () Macronebulizador () Venturi ☒ Eupneico () Dispneico
() Traquidispneico () Bradipneico

Murmúrios Vesiculares:

☒ Presentes () Ausentes () Diminuídos

Ruídos Adventícios:

() Roncos () Sibilos () Estertores () Creptantes

Dreno Torácico:

() Sim ☒ Não Local: _____

Oscilação:

() Sim () Não Aspecto da Drenagem: _____

Expansibilidade Torácica Conservada:

☒ Sim () Não

Tosse:

() Sim () Não () Produtiva () Não Produtiva

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: _____ bpm PA: _____ mmHg

Pulso: _____ bpm () Cheló () Filiforme () Ausentes

Uso de Drogas Vasoativas:

() Sim () Não () Qual? _____

Acesso Venoso Central:

() Sim () Não () Qual? _____

Acesso Venoso Periférico:

() Sim () Não () Qual? _____

SISTEMA GASTROINTESTINAL**Abdomen:**

☒ Plano () Globoso () Distendido () Escavado () Depressível () Ascítico
() Doloroso () Não Doloroso () Local: _____

RHA:

() Presentes () Ausentes

SNG:

() Sim () Não () P/ Gavagem () Sinfonagem

SNE:

() Sim () Não

SISTEMA GENITO-URINÁRIO**Diurese:**

() Presente () Ausente () Espontânea () SVD () Volume: _____ ml
() Aspecto: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO**Deambulação:**

() Sim () Não () Repouso Relativo () Repouso Absoluto

Mobilidade:

() Ativa ☒ Passiva





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

LAUDO DE TRANSPORTE DE PACIENTES

Nome do Paciente: <i>Edilson Pereira Lima</i>	
Quadro Clínico: <i>Paciente refere acidente de moto, 10/6, das 8h15. Apresenta lesões por esmagamento em Hálux (E).</i>	
Diagnóstico: <i>Fratura exposta Hálux (E).</i>	
Auxiliar Responsável:	COREN:

REMOÇÃO

Destino: <i>HRA: 5489034</i>	Município: <i>Camocim - PE</i>	Hora de saída:	
		Hora de Chegada:	
Motivo (Registro detalhado): <i>av. traumatologista / ortopedista.</i>			
Médico Assistente (Assinatura): <i>[Assinatura]</i>	Nº do CRM:	Data:	
Local:		Data:	
Médico que atendeu o paciente:	Nº do CRM:	Hora:	

REMOÇÃO

Destino:	Município:	Hora de saída:	
		Hora de Chegada:	
Motivo (Registro detalhado):			
Médico Assistente (Assinatura):	Nº do CRM:	Data:	
Local:		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:

COD.: 93 - Gráfica Lima: (81) 3728-0305

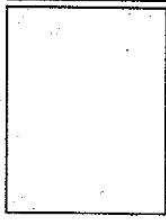


HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

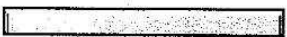
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

12/08/2018 08:59

 Nome Paciente: EDILSON PEREIRA VIANA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/07/1985
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: PU0006
Convênio:
Atendimento:

12/08/2018 08:58 - SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA - COREN: 118690 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO-MOTO, DE CAPACETE (GLASGOW 15) ,
APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM.1 PDE, SIC ENCAMINHAMENTO: FRATURA
EXPOSTA POR ESMAGAMENTO EM HALUX ESQ. SENHA: 5489034

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es):

Especialidade: - DOR MODERADA?
- PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL?
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA
Data: 12/08/2018 08:59

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

ERASMO FERREIRA VIANA

Prontuário:

323325

Data:

/ /

Hora:

DIAGNÓSTICO:

FX ~~ESQUERDA~~ 3

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

D. GUSTAVO LEAO

TRATAMENTO REALIZADO:

HO CESP

Alta Hospitalar: Data:

18/8/18

Dr. Gustavo Lino
Cirurgia do Trauma
CRM/Ror: 15362
Mat. (SES 319.363-7)

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDÔ PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Edison Pereira Viana

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

323325

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8980620000399272

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/07/1985

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Sebastiana Fontes Santos

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Setoramento nova morada, Cruzes

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Camocim de São Felix

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2603504

18 - UF

PE

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vitória de audição de um lado, apertado
do + ferimento no pé e

0408060470

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Q. limo

3 dia
592+

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Inten. exposto de luxação

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

J. Soares da Silva
MÉDICO
CRM - 7061
PF 166.260.524-20

261850014609-7



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Edilson Pereira Viana,
brasileiro(a), estado civil casado,
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o
nº 070 836.734 89, e portador da cédula de
identidade nº 7362 248, residente e
domiciliado(a) rua Um
nº 60, bairro Botto São Antonio
CEP 55665-000 na cidade de
Camocim de São Félix / 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, 11 de 07, de 2019.

NOME: Edilson Pereira Viana



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

GILIARDE PEREIRA DA COSTA
CPF: 083.861.794-81

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA UM 60

LOTTO STO ANTONIO/CAMOCIM DE SAO FELIX
55665-000 CAMOCIM DE SAO FELIX 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 www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

21/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/06/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/06/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

065927085

CONTA CONTRATO

007015217981

Nº DO CLIENTE

2013126010

Nº DA INSTALAÇÃO

0005841593

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FF40.F115.40A4.B3BE.6157.EAAC.1DA3.7808

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	140,00	0,74193679	103,87
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,03
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,00
ICMS Subvenção-CDE-NF 054468620-18/03/19			0,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 058147583-15/04/19			0,72
Multa por atraso-NF 062033410 - 15/05/19			2,01
Juros por atraso-NF 062033410 - 15/05/19			0,23
Atualização IGPM-NF 062033410 - 15/05/19			0,21
TOTAL DA FATURA			113,91

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
104,90	25,00	26,22	104,90	0,17	0,17	104,90	0,79	0,82

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000		kWh
		JUN 19	140
		MAI 19	127
		ABR 19	112
		MAR 19	151
		FEV 19	184
		JAN 19	202
		DEZ 18	201
		NOV 18	160
		OUT 18	228
		SET 18	162
		AGO 18	126
		JUL 18	165
		JUN 18	140

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	35,14	33,50
Transmissão	4,09	3,90
Distribuição (Celpe)	24,81	23,65
Encargos Setoriais	5,83	5,56
Tributos	27,21	25,94
Perdas de Energia	7,82	7,45
TOTAL	104,90	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003140054550	CAT	15/05/2019 5.451,00	13/06/2019 5.591,00	29	1,00000	0,00	140,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/07/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	CAMOCIM DE SAO FELIX	0,00	6,27	12,54	25,08
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,71	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 41,77					
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 salgadinho: rua coronel jose pessoa centro / josenilson candido da silva: camocim de sao felix centro Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. 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.

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
007015217981	06/2019	0,00	21/06/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL 09R-21

21/07/2003

Edilson Pereira Viana

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.362.248 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/07/2003

NOME << EDILSON PEREIRA VIANA >>

FILIAÇÃO << MANOEL PEREIRA VIANA >>

<< SEBASTIANA PONTES SANTOS >>

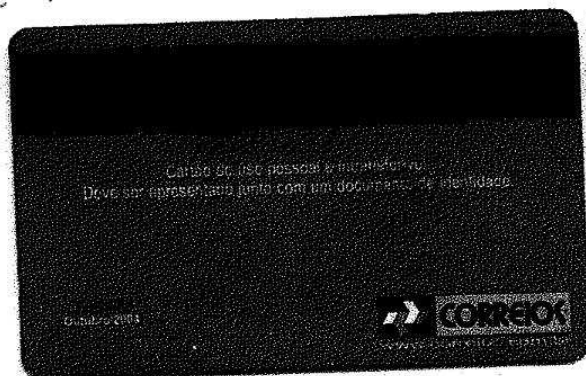
NATURALIDADE BONITO PE DATA DE NASCIMENTO 07/07/1985

DOC ORIGEM << C.N. 11487 LV A 43 FLS 226V CART DE BONITO-PE 13/09/1985 >>

LEI Nº 7.116 DE 29/08/85

F-07 08217







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

FICHA DE EMERGÊNCIA

Data/hora do atendimento: 12-08-2018 07:25
Nome: EDILSON SERAFIM VIANA Prontuário:
Sexo: M Profissão: AGRICULTOR Data de Nascimento: 07/07/1985
Estado civil: CASADO Peso:
Filiação: SEBASTIANA PONTES SALES
MANOEL SERAFIM VIANA
Endereço: LOTEAMENTO MORADA NOVA
Médico:
História da doença atual:

Acidente de trânsito (moto - moto),
rote - Glasgow 15. Lesão por esmagamento em hálux E.
Exame Físico:

Pressão Arterial: 120/80 Pulso: Temperatura:
Diagnóstico provisório: Fratura Biparte Hálux (E).

Conduta: 1. Transporte p/ av. traumatológico.
NRA: 5489034.

2. Voltaram 12h (PM).
Assinatura do Enfermeiro: Ana Maria dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN/PE 1.302.111

Hora da Liberação do paciente 08:30

Assinatura do Médico - CRM

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Setor de Arquivo Médico e Estatísticas
Br. 232, Km 130, Indianópolis - Caruaru/PE CEP 55.000-000
Fones: (81) 3719-9346

Caruaru, 13-de Agosto de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o(a) paciente: **EDILSON PEREIRA VIANA, RG 7352248** esteve interno(a) nesta unidade hospitalar, desde 12/08/2018 até 13/08/2018.

PRONTUÁRIO: 323325

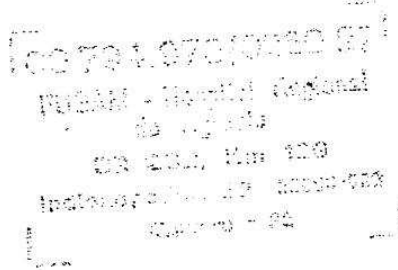
TRATAMENTO : CIRÚRGICO - ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA

MOTIVO: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE



Alexandre de Glória Bezerra
Setor de Arquivo - SAME-HRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome.

Prontuário:

Data:

Hora:

DIAGNÓSTICO:

AT: 436622

REG : 323325

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

TRATAMENTO REALIZADO:

Alta Hospitalar: Data:

20-09-18

8:00

Δεσφ. Μόδιος & ΟΔΙΑ





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0190000758**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/11/2018** às **15:07**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/8/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, ESTRADA DE SAPUCARANA, ZONA RURAL**. - Bairro: **CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
UILTON RODRIGUES DOS SANTOS (OUTRO)
EDILSON PEREIRA VIANA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

EDILSON PEREIRA VIANA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEBASTIANA PONTES SANTOS** Pai: **MANOEL PEREIRA VIANA** Data de Nascimento: **7/7/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, RUA SANTO ANTONIO, Nº. 53, BAIRRO MUTIRÃO. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

UILTON RODRIGUES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEBASTIANA LEONE DOS SANTOS** Pai: **SEVERINO JOSE RODRIGUES** Data de Nascimento: **26/3/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VENDEDOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, RUA SANTO ANTONIO, Nº. 53, BAIRRO MUTIRÃO. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **UILTON RODRIGUES DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDILSON PEREIRA VIANA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFS2617** (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SAO FELIX) Renavam: **473672219** Chassi: **9C2KD0550CR590522**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

Descrição: **01 - VEICULO HONDA NXR 150 BROS ES, QUE ESTAVA NA POSSE DO SENHOR EDILSON PEREIRA VIANA NO MOMENTO DO ACIDENTE.**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA O SENHOR EDILSON PEREIRA VIANA, O QUAL NOTICIOU TER SIDO VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO NA DATA DESCRITA NESTE BOE. SEGUNDO A VITIMA ESTAVA TRANSITANDO NA VIA ENTRE CAMOCIM DE SAO FELIX-PE E SAPUCARA, DISTRITO DE BEZERROS-PE, QUANDO ACABOU POR COLIDIR COM UMA OUTRA MOTO. A VITIMA NÃO PEGOU NENHUMA INFORMAÇÃO SOBRE O CONDUTOR DO OUTRO VEICULO, NEM PLACA DA MOTO DO MESMO. O SENHOR EDILSON PEREIRA VIANA TEVE LESOES NO DEDÃO DO PÉ ESQUERDO, E

14/11/2018 16



FOI PRIMEIRAMENTE SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMOCIM DE SÃO FELIX E DEPOIS PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRURGICO. DIANTE DE TAIS FATOS COMPARECE A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA REGISTRAR A OCORRENCIA.

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

x Edilson Pereira Viana

EDILSON PEREIRA VIANA
(VITIMA)

UILTON RODRIGUES DOS SANTOS
(OUTRO)

Uilton Rodrigues dos Santos

B.O. registrado por: **LINDENBERG AECIO FERREIRA MENDES** - Matrícula: **2969726**

14/11/2018 16:0

