

**EWERSON VILAR &  
RENATHA CAVALCANTI**  
ADVOCACIA

**INSTRUMENTO PROCURATÓRIO**

**OUTORGANTE:** ERIONALDO CARDOSO DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o n.º 066.296.764-08 e RG: 7.044.679 SDS/PE, com endereço no Si Manduri, nº 224 J - Santa Maria - Manduri/Frei Miguelinho - PE.

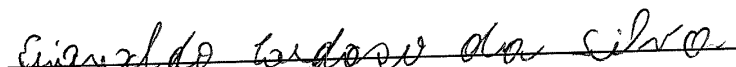
**OUTORGADOS:** RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na OAB/PE n. 22.362 e 28.570, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 - sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 52010-075 - Fone: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579 - 99797.7634. Endereço eletrônico: [renathaccs@hotmail.com](mailto:renathaccs@hotmail.com) e [evl.advogado@yahoo.com.br](mailto:evl.advogado@yahoo.com.br)

**PODERES:** Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar à **OUTORGADA**, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Eu, **ERIONALDO CARDOSO DA SILVA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

SURUBIM-PE, 18 de MARÇO de 2020.

  
**ERIONALDO CARDOSO DA SILVA - Outorgante/Declarante**



**EWERSON VILAR &  
RENATHA CAVALCANTI**  
ADVOCACIA

**INSTRUMENTO PROCURATÓRIO**

**OUTORGANTE:** **ERIONALDO CARDOSO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o n.º 066.296.764-08 e RG: 7.044.679 SDS/PE, com endereço no Si Manduri, nº 224 J - Santa Maria - Manduri/Frei Miguelinho - PE.

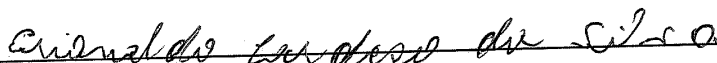
**OUTORGADOS:** **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na **OAB/PE n. 22.362 e 28.570**, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 - sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 52010-075 - Fone: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579 - **99797.7634**. Endereço eletrônico: [renathaccs@hotmail.com](mailto:renathaccs@hotmail.com) e [evl.advogado@yahoo.com.br](mailto:evl.advogado@yahoo.com.br)

**PODERES:** Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar à **OUTORGADA**, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Eu : **ERIONALDO CARDOSO DA SILVA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

SURUBIM-PE, 18 de MARÇO de 2020.

  
**ERIONALDO CARDOSO DA SILVA - Outorgante/Declarante**







## NOTA FISCAL DE FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

CICLEIDE MARIA DA CONCEIÇÃO

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI MANDURI 224 J

CPF 704.749.154-68 NIS 16663374525

STA MARIA/MANDURI  
FREI MIGUELINHO PE  
55780-000

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

| Nº DA NOTA FISCAL | SERIE         | EMISSÃO          |
|-------------------|---------------|------------------|
| 044005471         | UNICA         | 22/12/2018       |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 22/12/2018        | 2001713238    | 1140089          |

| CONTA CONTRATADA    | PERÍODO           |
|---------------------|-------------------|
| 4001011400          | 12/2018           |
| DATA DE VENCIMENTO  | DATA DE PAGAMENTO |
| 02/01/2019          | 02/01/2019        |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 20,60             |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL                | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|-----------------------------------------|------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                | 30,0000000 | 0,18441265  | 5,53        |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 38,0000000 | 0,31813598  | 12,01       |
| Acréscimo Bandeira AMARELA              |            |             | 0,08        |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal        |            |             | 2,98        |

TOTAL DA FATURA

20,60

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |               |           |            |           |      |               |
|--------------------------------------------|----------------|---------------|-----------|------------|-----------|------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR                              | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | LEITURA   | ATUAL DATA | LEITURA   | DIAS | CONSUMO (kWh) |
| 3032342                                    | CAT            | 22/11/2018    | 13.173,00 | 22/12/2018 | 13.241,00 | 30   | 68,00         |

| HISTÓRICO DE CONSUMO |  | INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS |            | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |                 |
|----------------------|--|-------------------------|------------|-----------------------|-----------------|
| Mês/Ano kWh          |  | BASE DE CÁLCULO         | %          | VALOR DO IMPOSTO      |                 |
| DEZ 18 - 66          |  | ICMS                    |            | Geração de Energia    | R\$ 7,81 44,33% |
| NOV 18 - 84          |  | PIS                     | 17,62 0,78 | Transmissão           | R\$ 1,16 6,58%  |
| OUT 18 - 66          |  | COFINS                  | 17,62 3,81 | Distribuição (Celpe)  | R\$ 5,41 30,70% |
| SET 18 - 82          |  |                         |            | Perdas de Energia     | R\$ 1,70 9,65%  |
| AGO 18 - 73          |  |                         |            | Energia Soterial      | R\$ 0,78 4,43%  |
| JUL 18 - 75          |  |                         |            | Tributos              | R\$ 0,76 4,31%  |
| JUN 18 - 69          |  |                         |            | Total                 | R\$ 17,62 100%  |
| MAI 18 - 86          |  |                         |            |                       |                 |
| ABR 18 - 68          |  |                         |            |                       |                 |
| MAR 18 - 72          |  |                         |            |                       |                 |
| FEV 18 - 84          |  |                         |            |                       |                 |
| JAN 18 - 51          |  |                         |            |                       |                 |
| DEZ 17 - 49          |  |                         |            |                       |                 |

| TARIFAS APLICÁVEIS                      |            |
|-----------------------------------------|------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                | 0,17628950 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 0,30122609 |

91BA B3D6 R27A 4C05 7240 1468 F8EB 5C31

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
Pague no ponto mais perto de você e confira se o valor está correto. Para conferir o valor, consulte o site www.celpe.com.br. Para mais informações, consulte o site www.aneel.gov.br. O cliente é responsável por manter a continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pague em até 30 dias após a data de vencimento. A tarifa social de energia elétrica é aplicada no preço de venda do kWh conforme art. 9, VII, e 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 18,08. O Cliente é responsável por manter a continuidade do fornecimento de energia elétrica para os pontos de atendimento comercial.

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES |                   |               |                   |              | NÍVEL DE TENSÃO    |                        |
|---------------------------------------|-------------------|---------------|-------------------|--------------|--------------------|------------------------|
| TIPO DE SURTO                         | VALOR ANUAL (R\$) | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |
| DIC                                   | 1,93              | 5,55          | 11,10             | 22,21        | 220                | 202 - 231              |
| FIC                                   | 3,00              | 3,42          | 8,85              | 13,70        |                    |                        |
| DMIC                                  | 1,18              | 3,20          | 0,00              | 0,00         |                    |                        |

Limite DICR: 12,22 EUS - Valor de Encargos de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 0,57



## **SINISTRO 3190248347 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO**

**PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

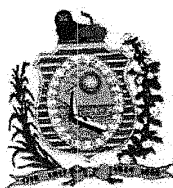
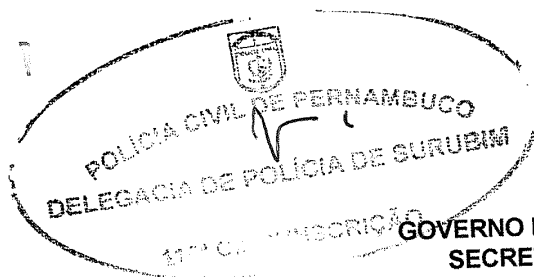
**CPF/CNPJ:** 06629676408

**Posição em 02-05-2019 07:50:19**

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

02/05/2019 07:50





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206000428**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/02/2019** às **13:16**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **27/1/2019** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LERIO DE CIMA, PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)  
EDNALDO JOSÉ DA SILVA (OUTRO)  
ERIONALDO CARDOSO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ERIONALDO CARDOSO DA SILVA**

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

**ERIONALDO CARDOSO DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CICLEIDE MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ CARDOSO DA SILVA** Data de Nascimento: **25/5/1985** Naturalidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7044679/SDS/PE (RG), 06629676408 (CPF), 05646648122 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **81989020383**

Residencial: **SÍTIO MANDURI, PRÓXIMO A DONA PRETINHA - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A DONA PRETINHA**

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

**EDNALDO JOSÉ DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **SÍTIO TABU - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEÍCULO (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDNALDO JOSÉ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):

26/02/2019 13



Boletim de Ocorrência

**ERIONALDO CARDOSO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PGL7567** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **642970777** Chassi: **9C2KC1650DR509014**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

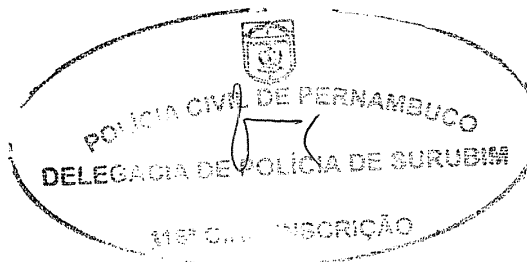
**Complemento / Observação**

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE ERIONALDO CARDOSO DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 27/01/2019, POR VOLTA DAS 21:30 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA ACIMA CITADA NO SÍTIO LERIO DE CIMA, ZONA RURAL DESTA MUNICIPIO, QUANDO A MOTOCICLETA DERRAPOU NA AREIA E O MESMO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO E CAIU JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA E NA QUEDA SOFREU UMA LESÃO GRAVE NA CABEÇA E FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CODIGO ID:S-582466 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGÊNCIA DA UPA E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE, CONFORME APRESENTAÇÃO DE FICHA DE ESCLARECIMENTO DO HR. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

**ERIONALDO CARDOSO DA SILVA**  
(VITIMA)

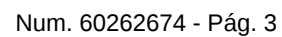
B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**



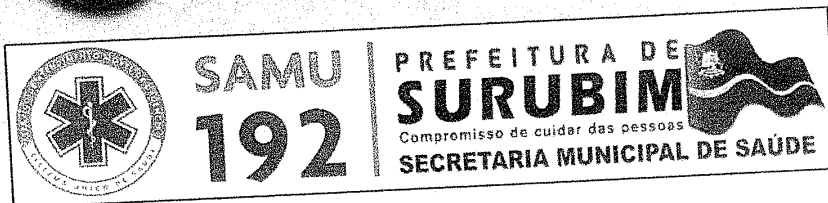
26/02/2019 13



|                                                                          |  |                                                                                     |  |                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|
| <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br><b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>   |  | <b>DETРАН PE</b><br><b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO</b>       |  | <b>Nº 01435204133</b> |  |
| VIA - COD. REG. ANVISA - RATHO - EXERCÍCIO<br>54297074 - 22222222 - 2013 |  |  |  |                       |  |
| <b>EDNALDO</b>                                                           |  | <b>PLACA</b><br><b>56L7557</b>                                                      |  |                       |  |
| <b>STTA M. CAMELUCIA DE</b>                                              |  | <b>PLACA</b><br><b>56L7557</b>                                                      |  |                       |  |
| <b>090.515</b>                                                           |  | <b>PLACA</b><br><b>56L7557</b>                                                      |  |                       |  |
| <b>*****</b>                                                             |  | <b>COMBUSTIVEL</b><br><b>KLCO/GASOL</b>                                             |  |                       |  |
| <b>PAS MOTOCICLO</b>                                                     |  | <b>ANO FAB - ANO MOD</b><br><b>2013 - 2013</b>                                      |  |                       |  |
| <b>HONDA/SG 150 TITAN ESD</b>                                            |  | <b>CATEGORIA</b><br><b>VERMELHA</b>                                                 |  |                       |  |
| <b>2P/140CL</b>                                                          |  | <b>VENO/COATAS</b><br><b>1º *****</b><br><b>2º *****</b><br><b>3º *****</b>         |  |                       |  |
| <b>1 TRAVA 2018 QUITADO</b>                                              |  | <b>VENO/COATAS</b><br><b>1º *****</b><br><b>2º *****</b><br><b>3º *****</b>         |  |                       |  |
| <b>V FIANCA TRAVA</b>                                                    |  | <b>VENO/COATAS</b><br><b>1º *****</b><br><b>2º *****</b><br><b>3º *****</b>         |  |                       |  |
| <b>PIEANO TARIFFARIO IRS</b>                                             |  | <b>DATA DE PAGAMENTO</b><br><b>21/01/19</b>                                         |  |                       |  |
| <b>BO 11 SEQUE 032284158</b>                                             |  | <b>DATA DE PAGAMENTO</b><br><b>21/01/19</b>                                         |  |                       |  |
| <b>SEM RESERVAÇÃO DE POSSE</b>                                           |  | <b>RESERVAÇÃO</b>                                                                   |  |                       |  |
| <b>STTA M. CAMELUCIA DE</b>                                              |  | <b>DATA</b><br><b>04/02/19</b>                                                      |  |                       |  |



# Prefeitura Municipal de Surubim



Ofício nº 17/2019

Surubim, 07 de Fevereiro de 2019.

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente **ERIONALDO CARDOSO DA SILVA**, DN: 15/05/1985, RG nº: 7044679 SDS/PE, foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia **27/01/2019**, às **21h e 42min** vítima de acidente motociclistico (Colisão), o(a) paciente recebeu os cuidados imediatos no local e posteriormente foi encaminhado para a **Unidade de Pronto Atendimento - UPA** de Surubim-PE com o código ID:S-582466.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

**Marcos Antônio**  
COREN/PE 493589 - ENF  
SAMU SURUBIM

PROTOCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Recebedor

DOC: \_\_\_\_\_

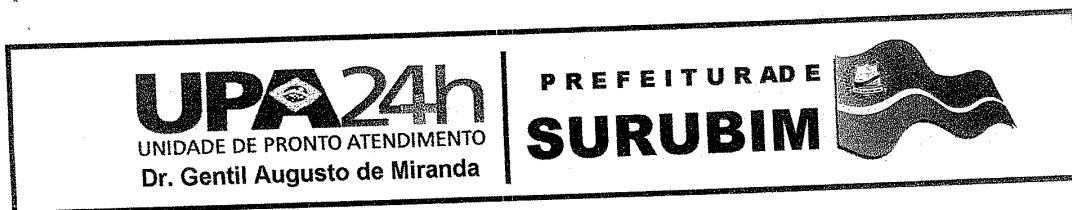
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Rua João Batista, 80 - Centro - Surubim/PE | CEP: 55750-000  
CNPJ.: 11.361.862/0001-66 | Fone: (81) 3634-1156

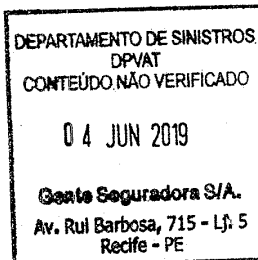




## - DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Sr. Erionaldo Cardoso da Silva, 33 anos, portador do RG: 7044679 SDS/PE, filho da Sra. Cicleide Maria da Conceição e do Sr. José Cardoso da Silva, residente no Sítio Mandurí na Cidade de Santa Maria do Cambucá – PE. Solicitou no dia 06/02/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclístico. Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda em Surubim - PE, no dia 27/01/2019, pelo médico plantonista Dr. Mário Júnior. CRM – 23472.

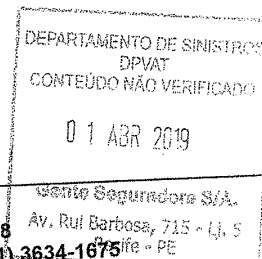
**Esclarecimento:** Quanto ao nome Eronildo Cardoso da Silva, foi escrito errado, retificando com Erionaldo Cardoso da Silva.



Surubim, 07 de fevereiro de 2019.

*José Wagner Barbosa de Lima*  
Coordenador de Enfermagem  
Matrícula 49463  
Hospital Municipal de Surubim

*Ionara S. Silva*  
Ionara Soares de Andrade Silva  
SAME



Prefeitura Municipal de Surubim -  
Unidade de Pronto Atendimento – UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78  
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675



A 24H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA: 00052218

Matrícula: 45542

CNS:

Idade: 33 Anos 8 Meses 2 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: ERONILDO CARDOSO DA SILVA

Nº:

Nascimento: 25/05/1985

Est.Civil: SOLTEIRO(A)

Endereço: MANDURI

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55765000

Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Nac.: ESTRANGEIRA

Doc nº:

Nome da Mãe: CICLEIDE MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: JOSÉ CARDOSO DA SILVA

Tel.: 23472

Profissão:

Responsável:

**Últimas Ocorrências:**

Data: 27/01/2019 Hora: 22:05 Nº Ocorrência: 52218 Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

ACIDENTE

3182-5472

S 582499

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) ACIDENTE TRÂNSITO ( )

| HORÁRIO: | P.A. | FC | PULSOS | PESO | ASSINATURA |
|----------|------|----|--------|------|------------|
|          |      |    |        |      |            |

**QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:**

PACIENTE VITIMA  
DE ACIDENTE NO  
CICLISTA M. 30min  
(ALCOHOLIZADO). APRESENTA  
BOLEIA EM  
PERICULOSIDADE  
BILATERAL.  
G. 15.

**TRATAMENTO:**

- 500mg 1000 mg  
- Hiperotizone 500mg 1800 mg  
- Glicox 3 mg 1000 mg  
- Obs. 1000 mg  
- 5607674 (H.R.)

MARIA LUIZA

Dr. Mário Junior  
Clínico Geral  
CRM-PE 22472

danilo  
CORTEZ  
Enfermeiro

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

CID:

**EXAMES COMPLEMENTARES:**

**MOTIVO DA SAÍDA:**

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

**JUSTIFICATIVA:**

**ENCAMINHADO:**

**REMOVIDO:**

**ÓBITO:**

às \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_\_

**DATA SAÍDA:**

**HORA SAÍDA:**

DATA: 27/01/2019 22:05:15

CURATIVO

NEBULIZAÇÃO

☐ BÁSICO ☐ ESP

☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

**CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:**

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | TÉCNICO / CONSELHO | HORÁRIO |
|------------------------|--------------------|---------|
|                        |                    |         |
|                        |                    |         |
|                        |                    |         |

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



Prefeitura Municipal do Surubim  
Secretaria de Saúde do Surubim

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Drº Gentil Augusto de Miranda

**LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE**

1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local

|                                                   |                                                                                    |                                                                                                                                                                 |            |                                                                                                                                                      |              |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Hospital Local:                                   |                                                                                    | Município:                                                                                                                                                      |            |                                                                                                                                                      |              |
| Nome do Paciente:                                 |                                                                                    | data de Nascimento: ____/____/____                                                                                                                              |            |                                                                                                                                                      |              |
| Quadro Clínico:                                   |                                                                                    | <p>Paciente com quadro de doença neurológica, apresentando sinais de hipertensão arterial sistêmica, sendo encaminhado para tratamento em nível hospitalar.</p> |            |                                                                                                                                                      |              |
| HD:                                               |                                                                                    | Assinatura do (a) Médico (a) Assistente                                                                                                                         |            | CRM:                                                                                                                                                 | DATA:        |
| Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão |                                                                                    | COREN:                                                                                                                                                          |            | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br>04 JUN 2019<br>Gente Seguradora S/A.<br>Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5<br>Recife - PE |              |
| 1ª REMOÇÃO                                        | 1º Hospital de Destino:                                                            |                                                                                                                                                                 | Município: | Hora Saída                                                                                                                                           | Hora Chegada |
|                                                   | Motivo (Registro Detalhado)                                                        |                                                                                                                                                                 |            |                                                                                                                                                      |              |
|                                                   | Assinatura do (a) médico (a):<br>Dr. Mário Junior<br>Clínico Geral<br>CRM-PE 23472 |                                                                                                                                                                 |            |                                                                                                                                                      |              |
| 2ª REMOÇÃO                                        | 2º Hospital de Destino:                                                            |                                                                                                                                                                 | Município: | Hora Saída                                                                                                                                           | Hora Chegada |
|                                                   | Motivo (Registro Detalhado)                                                        |                                                                                                                                                                 |            |                                                                                                                                                      |              |
|                                                   | Assinatura do (a) médico (a):                                                      |                                                                                                                                                                 |            |                                                                                                                                                      |              |
| Assinatura do Responsável                         |                                                                                    |                                                                                                                                                                 |            |                                                                                                                                                      |              |
| Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem     |                                                                                    |                                                                                                                                                                 |            | COREN:                                                                                                                                               |              |
| Assinatura do Motorista                           |                                                                                    |                                                                                                                                                                 |            | Placa da Ambulância:                                                                                                                                 |              |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
01 ABR 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE





PREFEITURA DE

**SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**

Trabalhando com o povo

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**RECEITUÁRIO**

*Declaração*

Declaro para os devidos fins que o senhor  
Eriovaldo Cardoso da Silva, RG 7044679,  
CPF: 066.296.764-08, SUS 898003725938875,  
foi vítima de queda de motocicleta dia  
27/01/19, apresentou TCE moderado + HEDA  
biprontal, sendo submetido à drenagem  
de HEDA dia 28/01/19, sendo posterior-  
mente acompanhado no ambulatório de  
Neurocirurgia, no momento paciente  
refere refração + Tortura ao realizar  
esforços físicos.

Data    /    /   

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Dr. Nelo  
CRM/PE - 18.056

27 MAI 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



## FICHA DE ESCLARECIMENTO

|                                     |                                   |                          |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| NOME:<br>ERIONALDO CARDOSO DA SILVA | PRONTUÁRIO:<br>1360590            | ATENDIMENTO:<br>01378602 |
| DATA DE NASCIMENTO: 25/05/1985      | FOI ATENDIDO EM: 28/01/2019 Às    |                          |
|                                     | DATA DA ALTA: 01/02/2019 ÀS 14:51 |                          |

### Diagnóstico Provável:

- TCE MODERADO
- HEDA BIFRONTAL

### Tratamento Realizado:

- PO DRENAGEM DE HEDA (28/01/19)

### Observação:

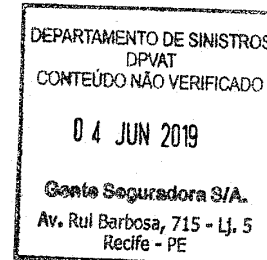
VIDE RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO

- RETIRAR PONTOS DIA 11/02/19
- REPOUSO E AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES DE TRABALHO POR 60 DIAS
- LAVAR FERIDA COM AGUA E SABAO NEUTRO PELO MENOS 2X/DIA
- PASSAR ALCOOL 70% NOS BORDOS DA LESAO APÓS BANHO

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, EVOLUINDO COM DESORIENTAÇÃO. FEZ CT DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HEDA BIFRONTAL VOLUMOSO. FOI OPERADO EM 28/01 SEM INTERCORRENCIAS. VAI DE ALTA EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DEFICITS. FO LIMPA E SECA.

### Encaminhado para:

- RETORNAR AO AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS

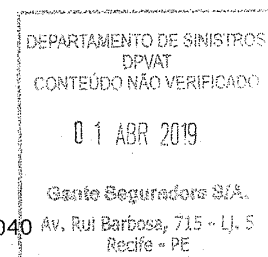


JOAO RIBEIRO MEMORIA JUNIOR - CRM: N°24215

Recife, 01, FEVEREIRO, 2019

### 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° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400



HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA 2- VITROS 4600  
SEPAC

DOENTE: ERONILDO CARDOSO  
DA SILVA  
ID: 1360590  
ENDEREÇO: 503/ 01

MÉDICO:  
ID:  
ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:  
IDADE:  
QUARTO:  
ID DA AMOSTRA: 112  
COLHIDA EM: 30/1/2019 12:38:34

SEXO:  
COMENTÁRIOS:  
PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*  
FLUIDO: Soro  
DATA/HORA INÍCIO TESTE: 30/1/2019 12:29:26

| HEMÓLISE (H): <15 |    | ICTERUS (I): <2 |           | TURBIDEZ (T): <20 |             |
|-------------------|----|-----------------|-----------|-------------------|-------------|
| ENSAIO            |    | RESULTADO       |           | H I T             | INTERVALOS  |
| UREA              |    | 18.46           | mg/dL (A) |                   | 15.00-43.00 |
| CREATININA        | LO | 0.48            | mg/dL     |                   | 0.50-1.30   |
| RESERVA ALCALINA  |    | 25              | mmol/L    |                   | 22-30       |
| CALCIO            | LO | 8.3             | mg/dL     |                   | 8.4-10.2    |
| MAGNESIO          |    | 1.65            | mg/dL     |                   | 1.60-2.30   |
| OSFATASE ALCALINA |    | 59              | U/L       |                   | 38-126      |
| AST - TGO         |    | 18              | U/L       |                   | 15-59       |
| ALT - TGP         |    | 23              | U/L       |                   | 13-72       |
| ALBUMINA          | LO | 3.17            | g/dL      |                   | 3.50-5.00   |
| PCR               |    | >9.00           | mg/dL     |                   | 0.00-1.00   |

Fim Relatório

PÁG. 1

IMPRIMA DATA/HORA: 30/1/2019 12:38:34

Valores de Referência

|              |     |                |
|--------------|-----|----------------|
| Sódio (Na)   | 138 | 136-145 mmol/L |
| Potássio (K) | 3,3 | 3,5-5,1 mmol/L |
| Cloro (Cl)   | 102 | 97-111 mmol/L  |

Realizado no AVL 9180

Regina henning Veloso  
CRBM-0191



Item:

LABORATÓRIO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Rack: 4

Tubo: 4

2019/01/30 10:08:58

Amostra No.: 109

ID DOENTE: 1360590

Nome: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA/503/1

Serviço: 5 SUL

Data Nasc.:

Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

## HEMOGRAMA

|        |        |                       |
|--------|--------|-----------------------|
| WBC    | 11.33  | [10 <sup>3</sup> /uL] |
| RBC    | 3.66   | [10 <sup>6</sup> /uL] |
| HGB    | 11.6   | [g/dL]                |
| HCT    | 34.0   | [%]                   |
| MCV    | 92.9   | [fL]                  |
| MCH    | 31.7   | [pg]                  |
| MCHC   | 34.1   | [g/dL]                |
| PLT    | 226    | [10 <sup>3</sup> /uL] |
| RDW-SD | 41.3   | [fL]                  |
| RDW-CV | 12.6   | [%]                   |
| MPV    | 10.6   | [fL]                  |
| NEUT   | 8.53 + | [10 <sup>3</sup> /uL] |
| LYMPH  | 1.36   | [10 <sup>3</sup> /uL] |
| MONO   | 1.30 + | [10 <sup>3</sup> /uL] |
| EO     | 0.11   | [10 <sup>3</sup> /uL] |
| BASO   | 0.03   | [10 <sup>3</sup> /uL] |

WBC + [%]  
- [%]  
+ [%]  
- [%]

IG 0.03 [10<sup>3</sup>/uL]

### DIFERENCIAL MANUAL

|           |    |   |
|-----------|----|---|
| BASTAO    | 32 | % |
| SEGMENT   | 62 | % |
| EOSIN     | 12 | % |
| LINF      | 12 | % |
| LINF ATIP | 12 | % |
| MONO      | 12 | % |
| BASO      | 1  | % |

|          |    |   |
|----------|----|---|
| META     |    | % |
| MIELO    | 11 | % |
| PROMIELO |    | % |
| BLASTO   |    | % |

GRAN TOXICAS

WBC Mensagem IP  
Monocitose

### SERIE VERMELHA

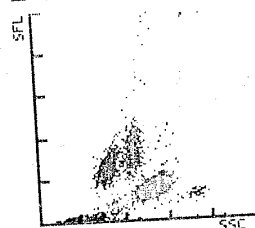
|              |   |
|--------------|---|
| NORMOCITICA  | 2 |
| NORMOCROMICA | 2 |
| MICROCITOS   |   |
| MACROCITOS   |   |
| ANISOCITOSE  |   |
| ERITROBLASTO |   |

### OBSERVACOES:

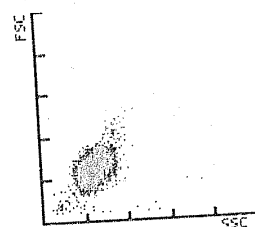
RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

### DIFF



### WBC/BASO



### RBC



### PLT



### LIQUIDOS BIOLOGICOS

|        |                       |
|--------|-----------------------|
| WBC-BF | [10 <sup>3</sup> /uL] |
| RBC-BF | [10 <sup>6</sup> /uL] |
| MN     | [10 <sup>3</sup> /uL] |
| PMN    | [10 <sup>3</sup> /uL] |
| TC-BF# | [10 <sup>3</sup> /uL] |

[%]  
[%]

Exatidão R. Escrito B. 10  
CRBIA 3432

VSM → 40 mm em 10 hora.



# Relatório Resultados Amostra

01/30/2019 11:56:56

Material Number 15071996  
PAC  
Instrument Model ACL TOP 300 CTS  
HOSPITAL DA RESTAURACAO

|            |             |               |                  |            |    |
|------------|-------------|---------------|------------------|------------|----|
| Amostra:   | 1360590-109 | Primeiro nome | ERONALDO CARDOSO | ID Rack:   | 58 |
| po amostra | Paciente    | Apellido      | 503/1            | ID Posição | 3  |

| Id Teste | Resultados                 | Tipo | Rerun | Rerun<br>necessário | Flag | Completo Data & Hora | Validado |
|----------|----------------------------|------|-------|---------------------|------|----------------------|----------|
| RP       | 12.9 s<br>81 %<br>1.14 INR |      |       |                     |      | 01/30/2019 11:56:56  | Validado |

Wilson B. Ferreira  
Farmacêutico/Bioquímico  
CRF - 01767

