

## PROCURAÇÃO

### PARTE OUTORGANTE:

Nome: Joanilda Ferreira Rayú  
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Comerciário  
RG nº 8.292.259-5 S<sub>1</sub>S/PE, CPF/MF nº 099.422.244-08, com  
endereço residencial na Rua Rio Purus, 510, Ibura -  
Recife - PE CEP. 51230-150

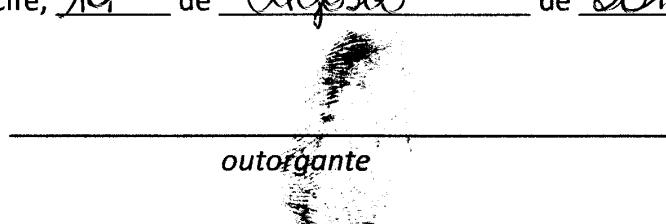
### PARTE OUTORGADA:

**GISELLE VALENÇA DE MEDEIROS, SÉRGIO PORTO ESTEVES e BRUNA VITALINO DA CONCEIÇÃO**, brasileiros, sendo os primeiros advogados, devidamente inscritos na OAB/PE sob os nºs 17.828, 16.236, e a última estudante de direito, todos com endereço profissional à Rua Francisco Alves, 105, sala 104, Recife – PE, onde recebem as intimações legais.

### PODERES:

Para representar a PARTE OUTORGANTE em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com poderes incluídos nas cláusulas “ad judicia” e “ad judicia et extra”, podendo propor ações, requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, transigir, recorrer, desistir, renunciar a crédito, receber valores e dar quitação, levantar quantias em depósito judicial através de Alvará, firmar compromissos, substabelecer no todo ou em parte, bem como todos os poderes permitidos em direito sempre no interesse do outorgante.

Recife, 10 de Agosto de 2019.

  
outorgante



## **DECLARAÇÃO DE POBREZA**

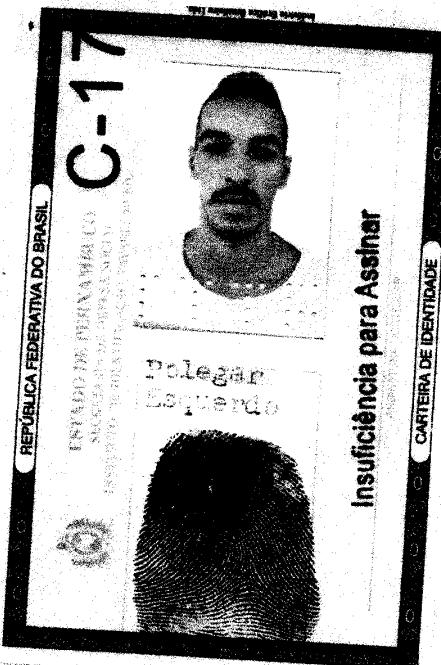
Eu, Josénildo Ferreira Paixão brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 8.292.259 3451/PE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 099.422.244-08, residente na Rua Rio Pium 510, Abuna, Recife - PE CEP. 51230-150

declaro para os devidos fins, sob as penas da Lei de Assistência Judiciária nº 1.060/50 e demais legislações aplicáveis à espécie, e sob minha própria responsabilidade, que não tenho condições financeiras de pagar custas do processo, despesas com publicações e/ou outras despesas concernentes, sem prejuízos próprios.

Recife, 19 de Agosto de 2018.

  
Declarante





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO: <b>10/05/2019</b>
<b>8.292.259</b>	
NOME: <b>&lt;&lt; JOCENILDO FERREIRA PAJEÚ &gt;&gt;</b>	
FILIAÇÃO: <b>&lt;&lt; ERONIDES FERREIRA PAJEÚ &gt;&gt;</b>	
<b>&lt;&lt; MARIA JOSÉ DA SILVA &gt;&gt;</b>	
NATURALIDADE: <b>RIO FORMOSO - PE</b>	DATA DE NASCIMENTO: <b>19/11/1991</b>
DOC. ORIGEM: <b>&lt;&lt; CN.16273 L.15A F.97V CART. SEDE</b>	
<b>RIO FORMOSO-PE 18.03.1992</b>	
CPF: <b>099.422.244-08</b>	ASSINATURA DO DIRETOR: <i>Isaura de Oliveira</i>
SOLICITANTE: <b>ISAURO DE OLIVEIRA</b>	
RESIDENTE DO MTE	
ASSINATURA DO DIRETOR: <i>Isaura de Oliveira</i>	
DATA: <b>16 DE 29/08/83</b>	



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ 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  
Ouvintodízia 0800 282 5599**  
**Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligaçāo Gratuita de Telefones Fixos**  
**Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligaçāo Gratuita de telefones fixos e móveis**

<b>DADOS DO CLIENTE</b>  MARIA JOSE DA SILVA PAJEU MCID298P06 CPF: 710.113.904-34 NIS: 16494536221	<b>DATA DE VENCIMENTO</b>  <b>09/04/2019</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b>  26/03/2019	<b>CONTA CONTRATO</b>  007019214642
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>  RUA RIO PURUS 510  IBURA/RECIFE 51230-150 RECIFE PE	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>  <b>38,69</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b>  02/04/2019	<b>Nº DO CLIENTE</b>  2013949037
		<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b>  056001227	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b>  0006084408
	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>  B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
	<b>RESERVADO AO FISCO</b>  9F40.E3AE.3266.AA06.472C.9FAB.C375.E6ED		
<small>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.celpa.com.br">www.celpa.com.br</a></small>			

## DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA										
000000003140884617	CAT	11/03/2019	5.179,00	26/03/2019	5.189,00	15	1,00000	0,00	10,00	DIC-No. de horas sem Energia	IBURA	1,54	5,07	10,15	20,30
000000003140884617	CAT	22/02/2019	5.092,00	11/03/2019	5.179,00	17	1,00000	0,00	87,00	FIC-No. de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35	12,70
										DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,54	2,86	0,00	0,00
										DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 12,22
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/04/2019								EURD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,82							
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.															

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007019214642	03/2019	38,69	09/04/2019	<b>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</b> Talão de pagamento é de uso exclusivo da CCR

A horizontal row containing a barcode on the left and a text block on the right. The text block contains the number '83840000006 386900110070 019214642101 172520653835' and the text 'Este cartão será usado em leitora ótica.' above a large empty box for 'AUTENTICAÇÃO MECÂNICA'.

**Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este cahpoto será usado em leitora ótica.**

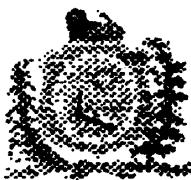


Este anexo será usado em leitura

imento.celpe.com.br/NDP\_DCSRUCES\_D-home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfatura=t... 1/1

Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 23/09/2019 12:13:51  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092312135131100000050428038>  
Número do documento: 19092312135131100000050428038

N = 51001700 R<sub>c</sub> = 1



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 011ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS -  
DP11ªCIRC DIM/4ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19 E0101001857**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/05/2019 às 11:29

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumado) que  
aconteceu no dia 19/2/2019 às 01:45**

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA JEAN EMILE FAVRE, 1, PROXIMIDADE DA  
FACULDADE BOA VIAÇÃO - Bairro: IPSEP - RECIFE/PERNAMBUCO  
/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA



**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
JOCEMILDO FERREIRA PAJEU (VÍTIMA )**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
DESCONHECIDO**

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

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido / Natureza: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**JOCEMILDO FERREIRA PAJEU (arrestando no plantão) - Sexo: Masculino / Nasc.**



00042224408 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSÕES  
Endereço Residencial: RUA RIO PURUS, 516, IBURA DE BAIXO - CEP: 56000-000 - Bairro:  
IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**VEICULO (VEÍCULO)**, que estava em posse do(s) Sr(a): DESCONHECIDO  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido:  
N/A  
Cor: CINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

### Complemento / Observação

1 de 2

29/05/2019 11:22

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

**COMPARECEU NESTA DPPOL O SR. JOCENILDO FERREIRA PÁJEU, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO EM VIA PÚBLICA, NO BAIRRO DE IPSEP. RELATA A VÍTIMA QUE, ESTAVA REALIZANDO UMA TRAVESSIA NA VIA JEAN EMILE FAVRE, QUANDO SURGIU DE REPENTE UM VEÍCULO EM ALTA VELOCIDADE, O QUAL CHEGOU A LINHES ATINGIR, ONDE NO LOCAL O MESMO RESULTOU LESIONADO COM A PERDA DE DEDOS DA MÃO DIREITA E OUTROS COMPROMETIMENTOS. O AUTOR EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORROS A VÍTIMA, NÃO SENDO POSSÍVEL AS DEVIDAS IDENTIFICAÇÕES DO AUTOR. O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA PRÓXIMO AO LOCAL ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS CUIDADOS SENDO POSTERIORMENTE REMOVIDO PARA O H.G.V, ONDE REALIZOU AS CIRURGIAS. PRONTUÁRIO N° 1111786. MÉDICO TADEU BURIL - CREMEPE - 3918. POR OPORTUNO A VÍTIMA NÃO DISPÕE DOS DEDOS POLEGAR (VERTIGILIO OVIDAL) E INDICADOR PARA ASSINAR O PRESENTE REGISTRO. SOLICITA PROVIDÊNCIAS.**

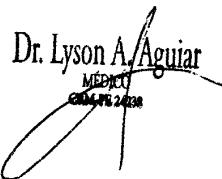
### Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOCENILDO FERREIRA PÁJEU  
(VITIMA)



B.O. registrado por: JORGE FERREIRA DAMASCENO - Matrícula: 142799  
4º USPC  
11ª Circunscrição



 <p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas</p>		 <p>RECEITUÁRIO</p>
<b>NOME COMPLETO:</b> <u>José Mário Ferraro Peixoto</u>		
<b>IDADE:</b> <u>60</u>	<b>SEXO:</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
<u>histórico Médico</u>		
<p>Patiente com amputação parcial de 1º DDD + amputação total de 2º DDD, no seguimento ambulatorial há 12 dias, com F.O limpa e seca.</p> <p>A presente perda funcional da mão maior que 50%, comprometendo a realização de atividades laborais com esse membro.</p>		
<u>20/03/19</u>	 <p>Dr. Lyson A. Aguiar MÉDICO CRM-PE 24238</p>	
<small>Avenida General San Martin s/n – Cordeiro Recife/PE – CEP 50.630-060 Fone: 0XX.81.31845600</small>		

HGV.1002.V.1.2013.





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



## BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

**NOME:** JOCENILDO FERREIRA PAJEU

**1. Ocorrência da Emergência:** 687763

1.1 - **Atendimentos em:** 19/02/19

1.2 - **Às 02 horas e 15 minutos.**

1.3 - **Internado:** SIM

1.4 - **Retirou-se às hr. e min.**

**2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1111706**

2.1 – **Internado em:** 19/02/19

2.2 - **Alta em:** 21/02/19

**3. Hipótese Diagnóstica:** FRATURA EXPOSTA DO F1 E F2 DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO + FRATURA EXPOSTA DE F1 DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

**4. Tratamento:** CIRURGIA EM 19/02/19 = LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA + FIXAÇÃO EXTERNA COM FIO DE KIRSCHNER.

**5. Observação:** TRAUMA CONTUSO MÃO DIREITA SEM ESPECIFICAÇÃO.

DATA: 6.5.2019

HORA: 10:17:28

PASTA: 01.05.2019

TB

RS

Dr. Tadeu Buril  
SDC - CREMEPE - 3019  
MAT. 0886683

Dr. Tadeu Buril.



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 19/02/2019 06:02:30

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME: JOCENILDO FERREIRA PAJEU RG: 8292259 PESO:  
IDADE: 27 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:

Data de Nascimento: 19/11/1991

PRESTADOR ASSISTENTE: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO: 19/02/2019 01:45:21 ATENDIMENTO: 1195109 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -5 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

**DIAGNÓSTICO**

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S600 - CONTUSAO DE DEDOS S/LESAO DA UNHA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S600 - CONTUSAO DE DEDOS S/LESAO DA UNHA

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S600 - CONTUSAO DE DEDOS S/LESAO DA UNHA

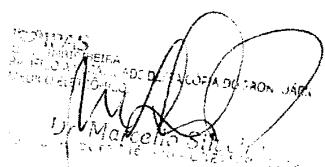
**CONDUTA DE ALTA:**

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

CRM-24967



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais  
MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



## TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: JOCENILDO FERREIRA PAJEU

Data de Nascimento: 19/11/1991 Data Atendimento: 19/02/2019

Prontuário: 0000049529 Cód. Atendimento: 01195109

Nome do Hospital: HOSPITAL GETULIO VARGOS

Senha: 5623453

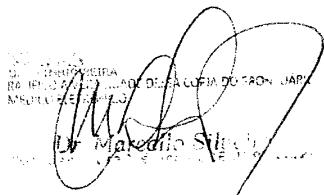
Transporte:  Ambulância Básica  Ambulância Avançada  Próprio  
 Acompanhamento Médico

Observação: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA CONTUSO EM REGIAO DE 1 QDD, EVOLUI COM FERIMENTO EXTEÑSO, COM EXPOSIÇÃO OSSEIA E TENDINEO. NEUROVASCULAR DIMINUIDO DISTAL A LESÃO.

Recife, 19 de Fevereiro de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

CRM: 24967



Dr. JORGE FERRAZ  
ARAUJO DA SILVA  
Médico de Plantão

---

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328  
**UPA\_IMBIRIBEIRAMarcellojcs**

Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 23/09/2019 12:13:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092312135153600000050428040>  
Número do documento: 19092312135153600000050428040

Num. 51231710 - Pág. 4

Prescrição.: 1677167 Data: 19/02/2019 01:51  
Usuário....: JORGEFAS  
Atendimento: 1195109 Dt Nasc: 19/11/1991 (27a 6m 9d)  
Convênio...: SUS - AMBULATORIO  
Paciente...: 49529 - JOCENILDO FERREIRA PAJEU  
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:  
Internaçao.: 19/02/2019 01:45 0 Dias(s) int  
Médico....: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM 24967  
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cid.....: S600 CONTUSAO DE DEDOS S/LESAO DA UNHA Ciclo.: /  
Diagnóstico:  
Protocolo...:  
Classificação de Risco: M.URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco: MUITO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

### PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qty	Unidade	SN	Aplicação	Frequência	Datas/Horários
1 CURATIVO TRAUMA					Agora	[19/02] 01:51

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA  
CRM 24967

UPA  
UPA IMBIRIBEIRA  
MV PEP PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE  
MEDICO(A) JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA  
CRM 24967  
Paciente: JOCENILDO FERREIRA PAJEU  
Cid: S600 CONTUSAO DE DEDOS S/LESAO DA UNHA  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Data: 19/02/2019 01:51  
Assinado por: Dr. Marcelo Silveira

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 23/09/2019 12:13:51  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092312135153600000050428040>  
Número do documento: 19092312135153600000050428040

Num. 51231710 - Pág. 5

Queixa Principal / História

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA CONTUSO EM REGIAO DE 1 QDD, EVOLUI COM FERIMENTO EXTERNO, COM EXPOSICAO OSSEA E TENDINEO. NEUROVASCULAR DIMINUIDO DISTAL A LESAO.

Antecedentes

DM:  SIM  NÃO

HAS:  SIM  NÃO

Alergia:  SIM  NÃO

Medicamentos:  SIM  NÃO

Exame Físico

EG Bom Consciente Orientado e Conversando Hidratado

Nutrido Corado Acianótico Anictérico

Eupnéico Afebril Sem Edemas

ACV.:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

AR.:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

AD.:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

SN.:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADO

SGU.:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

ORL:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

Pele:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

AP. Locomotor:  EDEMA  DOR A MOVIMENTAÇÃO  EQUITOSE  HEMATOMA  DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O <sup>2</sup>
			20					

Dr. Marcelo JCS  
CRM-PE 100.000  
Médico de Emergência

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



## TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: JOCENILDO FERREIRA PAJEU

Data de Nascimento: 19/11/1991 Data Atendimento: 19/02/2019

Prontuário: 0000049529 Cód. Atendimento: 01195109

Nome do Hospital: HOSPITAL GETULIO VARGOS

Senha: 5623453

Transporte:  Ambulância Básica  Ambulância Avançada  Próprio  
 Acompanhamento Médico

Observação: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA CONTUSO EM REGIAO DE 1 QDD, EVOLUI COM FERIMENTO EXTEÑO, COM EXPOSIÇÃO OSSEA E TENDINEO. NEUROVASCULAR DIMINUIDO DISTAL A LESÃO.

Recife, 19 de Fevereiro de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

CRM: 24967



**HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**



**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

ATENDIMENTO: 687763

Prontuário: 1111706

Nome: JOCENILDO FERREIRA PAJEU

Data Nasc.: 19/11/1991

Idade: 27

Sexo:

MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 8292259

CNS:

Endereço: 1<sup>a</sup> TRAVESSA SAO PEDRO

Bairro: COHAB

Cidade: RECIFE

CEP: 51290596

Fone: 83074687

Profissão:

Nº: 2

Estado: PE

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Acompanhante:

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: UPA IMBIRIBEIRA

Clinica: CIRURGIA VASCULAR

Ocorrência: SENHA = 5623453 ( RELATA TRAUMA CONTUSO EM REGIAO DE 1 QDD FERIMENTO INTENSO )

Acidente de Trabalho: Sim  Não

2 - ATENDIMENTO - DATA: 19/09/2019 - HORA: 02:15 - h - Médico

Queixa Principal / HDA:

Paciente sente dor intensa de trânsito contuso em  
próximo ao tórax, dor intensa de trânsito contuso em  
próximo ao tórax, dor intensa de trânsito contuso em

**História do Trauma**

Perda da 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:			
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Motorista: <input type="checkbox"/>	Passageiro: <input type="checkbox"/>
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura m
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:		Transporte Realizado por:	
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Por que:	
Observações:	N/A				

**Exame Físico**

A: Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.: C°
<i>Exa de dor, respiração, coração, bexiga, etc.</i>			

**B: Respiratório**

<i>Exa de dor, respiração, coração, bexiga, etc.</i>	ARUANA SEGURADORA
	06 JUN 2019

**C: Circulatório**

C: Circulatório	PA: x mmm	Pulso: bpm:
<i>Exa de dor, respiração, coração, bexiga, etc.</i>		

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



**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
**EMERGÊNCIA**



<b>E: Abdômen</b>			
(P) Ente x/pt?			
<b>Diagnóstico Inicial:</b>			
col: Sobe de Ex. 30 min. 03			
<b>Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica</b>			
S.A.T. — 8.000 U.L.E.T. 93 H.A.T. — 0.5 m E			
<b>Exames Solicitados : 1 - Especializados</b>			
T.100 30 — 01.00 03			
<b>Resultado de Exames:</b>	<b>ARUANA SEGURADORA</b> 06 JUN 2019	<b>Dinossauro</b> sus/inf. 2nd + A.D.E. 03 Colesterol 18 —	<b>Código Procedimento:</b> Ass. Médico + Carimbo
<b>Tratamento / Procedimentos:</b>			
Ass. Médico + Carimbo			
<b>Indicação Cirúrgica:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <b>Motivo:</b>			
<b>Evolução de Enfermagem:</b>			
Ass. Enfermeira + Carimbo			
<b>Diag. Definitivo:</b>			
<b>Definição do Caso:</b>		<b>Condição de Alta:</b>	
<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"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito	
<b>Informação do Serviço Social:</b>			
<b>Confirmação do Nome:</b>		<b>Assist. Social:</b>	
<b>Confirmação do Endereço:</b>			
<b>Providências:</b> Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externos: <input type="checkbox"/>		<b>Assist. Social</b>	
<b>Observações:</b>			
<b>Autorização para Alta / Internamento / Transferência</b>			
<b>Médico:</b>		<b>CRM/CRO:</b>	<b>Data:</b>
			<b>Hora:</b>
<b>Termo de Responsabilidade Para Internamento:</b>			
- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.			
Data: _____		Nome completo legível: _____	
Nº da Identidade: _____		Assinatura: _____	
<b>Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:</b>			
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.			
Data: _____		Nome completo legível: _____	
Nº da Identidade: _____		Assinatura: _____	
<b>Cadastramento:</b> 19/02/2019 02:15 h EDILENERS		<b>Impressão:</b> 19/02/2019 02:15 h EDILENERS	

\_\_\_\_\_  
**Médico**

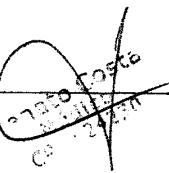
Dra. Colina Aurora Malta  
Assistente Social  
Assinatura



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>	 <b>RECEITUÁRIO</b>
<b>NOME COMPLETO:</b>	
<b>IDADE:</b>	<b>SEXO:</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<p> <i>LADDO MEDEIROS          PAULINHO JOAQUIM DO FENNEL          PAJU, 27 ANOS. AMPUTAÇ          PONTEIRA DE 1000 +          AMPUTAÇ TOTAL DE 2000,          EM SEGUIMENTO AMPUTAÇ          PESO 1          ACESSOS PRENOS          FURENTES IMPORTANTE          COM DIFÍCIL PR          PONOS PARENTEIS SICAS          ATIVIDADS LABORAL          SEM MARCAS.</i> </p>	
<i>CID: 568</i>	

HGV.1002.V.1.2013.

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


  
*17/06/2019*

<b>ARUANA SEGUROADORA</b> <b>06 JUN 2019</b>
---



**SINISTRO 3190368283 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** JOCENILDO FERREIRA PAJEU**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA**SEGURADORA S/A****BENEFICIÁRIO** JOCENILDO FERREIRA PAJEU**CPF/CNPJ:** 09942224408**Posição em 19-08-2019 15:44:38**

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

02/08/2019 R\$ 4.725,00 R\$ 0,00 R\$ 4.725,00

