

**PROCURAÇÃO**

**PARTE OUTORGANTE:**

Nome: Família Ferreira Rayú  
brasileiro (a), estado civil: solteiro, profissão: comerciante  
RG nº 8.292.259-5/PE, CPF/MF nº 099.422.244-08, com  
endereço residencial na Rua Rio Puerus, 510, Iburá -  
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 judícia” e “ad judícia 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, 19 de Agosto de 2019.

\_\_\_\_\_  
outorgante



### DECLARAÇÃO DE POBREZA

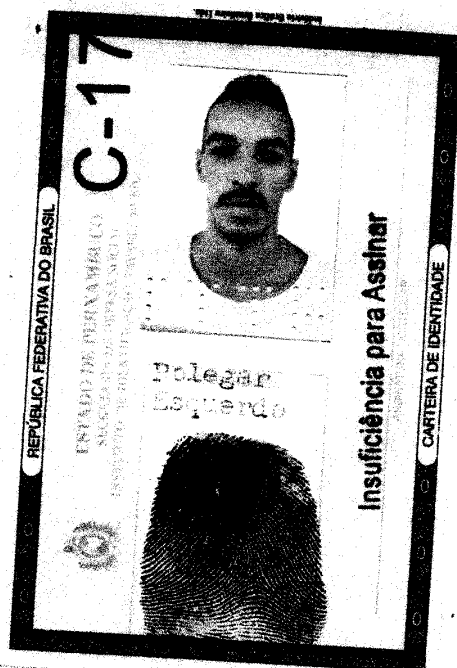
Eu, Jocnilo Ferreira Rayú  
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 8.292.259 SP/PE.  
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 099.422.244-08, residente  
na Rua Rio Ruy 510, Ibura, Recife - PE  
cep. 51230-150

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	8.292.259
DATA DE EXPEDIÇÃO	10/05/2019
NOME	<< JOCENILDO FERREIRA PAJEÚ >>
FILIAÇÃO	<< ERONIDES FERREIRA PAJEÚ >> << MARIA JOSÉ DA SILVA >>
NATURALIDADE	RIO FORMOSO - PE
DATA DE NASCIMENTO	19/11/1991
DOC. ORIGEM	<< CN.16273 L.15A F.97V CART.SEDS RIO FORMOSO-PE 19.03.1992 >>
CPF	099.422.244-08
ASSINATURA DO DIRETOR	
16 DE 29/06/83	



## 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



**CELPE**  
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 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

MARIA JOSE DA SILVA PAJEU  
MID298P06  
CPF: 710.113.904-34 NIS: 16494536221

## DATA DE VENCIMENTO

09/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

38,69

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

26/03/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

02/04/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

056001227

## CONTA CONTRATO

007019214642

Nº DO CLIENTE

2013949037

Nº DA INSTALAÇÃO

0006084408

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA RIO PURUS 510

IBURA/RECIFE  
51230-150 RECIFE 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

## CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS**  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

9F40.E3AE.3266.AA06.472C.9FAB.C375.E6ED

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18693510	5,60
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	65,55	0,32046018	21,00
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,54
ICMS Subvenção-CDE-NF 048423937-25/01/19			0,55

## EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Reav	Valor
08/02/19	01/03/19	82,51
14/01/19	01/02/19	82,55

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17629650	MAR 19	96
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30222600	FEV 19	139
		JAN 19	145
		DEZ 18	134
		NOV 18	142
		OUT 18	114
		SET 18	62
		AGO 18	104
		JUL 18	121
		JUN 18	236
		MAI 18	213
		ABR 18	213
		MAR 18	223

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		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
000000003140884617	CAT	22/02/2019	5.092,00	11/03/2019	5.179,00	17	1,00000	0,00	87,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/04/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jan/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	IBURA	1,54	5,07	10,15	20,30
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					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,82					
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 acougue sao rafael: av pernambuco 05 ibura / h.a. bijuterias e acessórios: rua rio pajeu ibura. 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  
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 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\$ 26,23.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

## 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
007019214642	03/2019	38,69	09/04/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838400000006 386900110070 019214642101 172520653835



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

imento.celpe.com.br/NDP\_DCSRUCES\_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCCConversaoServlet?redifatura=t... 1/1

Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 23/09/2019 12:13:51

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909231213513110000050428038

Número do documento: 1909231213513110000050428038

Boletim de Ocorrência

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



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 011ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS -  
DP11ªCIRC DIM4ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0101001857**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JEAN EMILE FAYRE, 1, PROXIMO A FACULDADE BOA VIAJEM - Bairro: IPSEP - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
JOCENILDO FERREIRA PAJEU (VITIMA)**

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

**VEICULO: (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 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**JOCENILDO FERREIRA PAJEU (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:..**



REGISTRO: RIO FORTES / PERNAMBUCO / BRASIL DOCUMENTOS: 5292299/2019 (RG),  
00042224408 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSÕES  
Endereço Residencial: RUA RIO PURUS, 510, IBURA DE BAIXO - CEP: 55000-000 - Bairro:  
IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**VEICULO (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELNÃO INFORMADONÃO INFORMADO** Objeto apreendido:  
**Não**  
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

### Complemento / Observação

1 de 2

29/05/2019 11:22

Boletim de Ocorrência

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



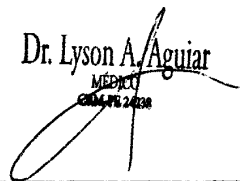
COMPARECEU NESTA DPPOL O SR. JOGENILDO FERREIRA PAJEU, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO EM VIA PÚBLICA, NO BAIRRO DE IPSEP. RELATA A VÍTIMA QUE, ESTAVA REALIZANDO UMA TRAVESSIA NA VIA JEAN EMILE FAYRE, QUANDO SURTIU DE REPEENTE UM VEÍCULO EM ALTA VELOCIDADE, O QUAL CHEGOU A LHE ATINGIR, ONDE NO LOCAL O MESMO 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 INDIREIRA PRÓXIMO AO LOCAL ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS CUIDADOS SENDO POSTERIONMENTE REMOVIDO PARA O H.S.V, ONDE REALIZOU AS CIRURGIAS. PRONTUÁRIO Nº 1111706. MÉDICO TADEU BURIL - CREMEPE - 3019. POR OPORTUNO A VÍTIMA NÃO DISPÕE DOS DEDOS POLEGAR (VERTICILLO OVOIDAL) E INDICADOR PARA ASSINAR O PRESENTE REGISTRO. SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

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

JOGENILDO FERREIRA PAJEU  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JORGE FERREIRA DAMASCENO - Matrícula: 14873



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b> 		<b>RECEITUÁRIO</b>	
<b>NOME COMPLETO:</b> <u>Jaqueline Ferreira Pajem</u>			
<b>IDADE:</b>		<b>SEXO:</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
<p style="text-align: center;"><u>handa hídica</u></p> <p>Paciente com amputação parcial de 1º DDD + amputação total de 2º DDD, em seguimento ambulatorial há 12 dias, com F.O limpa e seca.</p> <p>Apresenta perda funcional da mão maior que 50%, comprometendo a realização de atividades laborais em seu membro.</p> <p style="text-align: center;">20/03/19</p> <p style="text-align: center;">Dr. Lyson A. Aguiar    <small>MÉDICO CRM-PE 24238</small></p>			

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
 Recife/PE - CEP 50.630-060  
 Fone: 0XX 81.31845800

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 Buri  
SOC - CREMEPE-3019  
MAT. 0586683

Dr. Tadeu Buri.





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

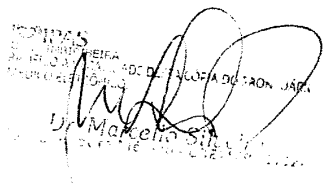
**CONDUTA DE ALTA:**

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

CRM-24967

  
Dr. Marcello Silveira  
Médico de Família e Comunidade

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 EXTENSO, COM EXPOSIÇÃO OSSEA E TENDINEO. NEUROVASCULAR DIMINUÍDO DISTAL A LESÃO.

Recife, 19 de Fevereiro de 2019

---

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA  
CRM: 24967

JOCENILDO FERREIRA PAJEU  
BR 19/11/1991 - 19/02/2019 - 01195109 - 5623453  
HOSPITAL GETULIO VARGOS  
Dr. Marcelo Silva  
CRM: 24967



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:

Internação.: 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	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 CURATIVO TRAUMA					Agora	[19/02] 01:51

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA  
CRM 24967

UPA IMBIRIBEIRA  
RA 1195109 - JOCENILDO FERREIRA PAJEU  
MÉDICO ELETRÔNICO  
Dr. Marcello JCS  
29/05/2019 08:50

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Queixa Principal / História

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

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

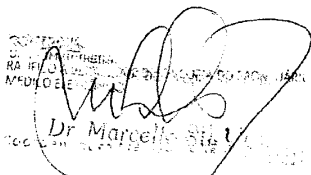
ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

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

  
Dr. Marcello Ste U

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 EXTENSO, 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: 1ª TRAVESSA SAO PEDRO

Nº: 2

Bairro: COHAB

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 51290596

Fone: 83074687

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA IMBIRIBEIRA

Clínica: CIRURGIA VASCULAR

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

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

## 2 - ATENDIMENTO DATA: 23/09/2019 HORA: 02:15 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Perda de consciência com  
pulso direito. Injúria traumática? Perda de consciência.

### História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: mQueimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

sem consciência.

### Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pérvia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

Em estado reativo, corado, hta. test.

B: Respiratório

Empirema.

ARUANA SEGURADORA

06 JUN 2019

C: Circulatório

PA: x mm

Pulso: bpm:

Arterialmente normal.

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Exame 15





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA





<b>E: Abdômen</b>	
117. Faltam exames?	
Diagnóstico Inicial: col: Solente Ex in mta	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
SAT — 8.000 U/L — 0.5 m IT	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Tubos — 0.5 m IT	
Resultado de Exames:	ARUANA SEGURADORA 06 JUN 2019
Tratamento / Procedimentos:	Código Procedimento: Ass. Médico + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo:	Condição de Alta:
Definição do Caso:	Condição de Alta:
<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>	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	Assist. Social
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
<b>Autorização para Alta / Internamento / Transferência</b>	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
<b>Termo de Responsabilidade Para Internamento:</b>	
- Estou ciente das normas existente 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 nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 19/02/2019 02:15 h EDILENERS	impressão: 19/02/2019 02:15 h EDILENERS

Médico

Dra. Gislaine Azeiteiro Malta  
Anestesiologista



 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>             LAUDO MEDICO              PACIENTE JOSEFILDO FERNANDES              RAFAEL, 2 ANOS 5 - AMPUTAÇÃO              PARCIAL DE 1º DED. +              AMPUTAÇÃO TOTAL DE 2º DED.,              EM SEGUIMENTO AMBULATÓRIO              NIS 2.1              ADEUSAMENTO PRONTO              FUNÇÕES IMPORTANTES              COM DIFICULDADE              PARA MANUTENÇÃO DAS              ATIVIDADES LABORAIS/              DOMESTICAS.           </p> <p>             CID: 568           </p>	

HGV.1002.V.1.2013.

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

 0750 1056  
 0750 1056  
 0750 1056

 ARUANA SEGUROPORA  
 06 JUN 2019




**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

