

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321809 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CARLOS FERRAZ **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE POR RIGIDEZ AO NÍVEL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: RESULTOU COM RIGIDEZ NO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321809 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CARLOS FERRAZ **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE POR RIGIDEZ AO NÍVEL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: RESULTOU COM RIGIDEZ NO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321809 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CARLOS FERRAZ **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR). P.3 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321809 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CARLOS FERRAZ **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR). P.3 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante FRANCISCO CARLOS FERRAZ,
portador(a) do documento de identidade nº 2988280, expedido por SSP-PE,
em 23/11/2016 inscrito no CPF sob o nº 413.364.724-04, residente na
SÃO SEVERINO, nº 197,
complemento CASA, Bairro COIAR / TANQUEIRO, cidade NEVES,
SERRA TALHADA, Estado PE, Data do acidente 11/02/2019,
DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP-PE,
em 24/09/17 inscrito no CPF sob o nº 008475324-29, residente na
ANTÔNIO TOME DE SOUZA, nº 593,
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTOVÃO, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SERRA TALHADA PE 28 de 02 de 2019.

Outorgante X Francisco Carlos Ferraz

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de FRANCISCO CARLOS FERRAZ, Don. Pó. Serra Talhada - PE, Em Teste () da verdade () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emol. R\$ 3,39, TSNR - R\$ 0,80, FERC - R\$ 0,40, ISS - R\$ 0,20.

Selo: 0074872.GBX02201902.03821 28/02/2019 13:13:48
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
Substituta

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124369/19

Vítima: FRANCISCO CARLOS FERRAZ

CPF: 418.364.724-04

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO CARLOS
FERRAZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO CARLOS FERRAZ : 418.364.724-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36

SIMONE BARBOSA CORREIA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160570/19

Vítima: FRANCISCO CARLOS FERRAZ

CPF: 418.364.724-04

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO CARLOS FERRAZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO CARLOS FERRAZ : 418.364.724-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321809

Vítima: FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321809

Vítima: FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321809

Vítima: FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 000000020508-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
418.364724-04	418.364724-04	FRANCISCO CARLOS FERRAZ
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
FRANCISCO CARLOS FERRAZ		418.364724-04
Profissão:	Endereço:	Número:
ELETRICISTA	SÃO SEVERINO	197
Complemento:	Cidade:	Estado:
CASA	SERRA TALHADA	PE
Bairro:	Cidade:	CEP:
TACNEDONILVES COLAB	SERRA TALHADA	56.900-000
E-mail:	Tel (DDD):	
	87.9.9998.1472	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
914 13	20508 8		
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____	Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, _____	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
		Assinatura _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO x Francisco Carlos Ferraz Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____		EXCELSIOR SEGUROS Assinatura _____ 11 ABR. 2019 SEGURO DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0267000773

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/02/2019** às **12:30**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/2/2019** no período da **Manhã**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE DPVAT**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR-232, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SERRA**

TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JUNIOR (AUTOR \ AGENTE)

FRANCISCO CARLOS FERRAZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

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

FRANCISCO CARLOS FERRAZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LAURA RODRIGUES FERRAZ Pai: LUIZ ALVES FERRAZ Data de Nascimento: 31/12/1965 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2988280/SSP/PE (RG), 41836472404 (CPF), 02182921379 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: ELETRICISTA Telefones Celulares: - 087999332110

Endereço Residencial: RUA SAO SEVERINO, 197, BAIRRO TANCREDO NEVES - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

Endereço Comercial: RODOVIA BR-232, 1, OFICINA TRÊS IRMÃOS - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JUNIOR, que estava em posse do(a) Sr(a): JUNIOR

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/FORD/F-1000 Objeto apreendido: Não

Cor: VERDE - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: KIA2275 (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: 676357113 Chassi: 9BFE2UEHXVDB39051

Ano Fabricação/Modelo: 1997/1997 Combustível: DIESEL

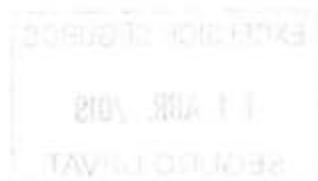
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O QUEIXOSO ACIMA QUALIFICADO PARA COMUNICAR O ACIDENTE DO QUAL FORA VÍTIMA; SEGUNDO CONTOU, TERIA LEVADO O CARRO DA EMPRESA NA QUAL TRABALHA PARA OFICINA TRÊS IRMÃOS, ÀS MARGENS DA BR-232; QUE ENQUANTO AGUARDAVA FICOU EM PÉ PRÓXIMO A UM TERRENO BALDIO E NO MOMENTO EM QUE O FUNCIONÁRIO DA OFICINA< CONHECIDO POR JUNIOR, DEU RÉ NO VEÍCULO ACIMA QUALIFICADO, SEM PERCEBER A PRESENÇA DA VÍTIMA O ATINGIU PELAS COSTAS; QUE A VÍTIMA CAIU E O MOTORISTA SEM PERCEBER QUE TINHA O ATINGIDO PASSOU COM O VEÍCULO POR CIMA DA SUA PERNA ESQUERDA; QUE TUDO OCORREU MUITO RÁPIDO E A VÍTIMA NÃO TEVE TEMPO DE DESVIAR-SE; O CAUSADOR DO ACIDENTE NÃO LHE PRESTOU NENHUM TIPO DE AUXÍLIO OU ASSITÊNCIA; QUE UM POPULAR QUE PASSAVA NO MOMENTO EM QUE A VÍTIMA ESTAVA GRITANDO ACIONOU O CORPO DE BOMBEIROS; OS BOMBEIROS O CONDUZIRAM AOS HOSPAM, CONFORME CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 026 DOP./2019, TENDO COMO LESÕES FRATURA FECHADA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO; A VÍTIMA FOI CONDUZIDA AO HOSPAM, FICANDO AO CUIDADOS DO ENFERMEIRO JAMES LEITE DE BRITO, COREN 287830-IS, PRONTUÁRIO 34; A VÍTIMA RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO POR CICERO SIMOES DE LIMA, CRM 6755. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

**FRANCISCO CARLOS FERRAZ
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: **3866106**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 418.364.724-04 Nome completo da vítima: FRANCISCO CARLOS FERNANZ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: FRANCISCO CARLOS FERNANZ CPF: 418.364.724-04
Profissão: ELETRICISTA Endereço: SÃO SEVERINO Número: 197 Complemento: CASA
Bairro: PANDEMONIUMS COLAB Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE CEP: 56.900-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 879.9998.5472

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 914 13 CONTA: 20508 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Fallecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Rio de Janeiro 11.04.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Francisco Carlos Fernan
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

George Carlos Melo Gomes
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS
Assinatura

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 418.364.724-04 Nome completo da vítima: FRANCISCO CARLOS FERNANZ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: FRANCISCO CARLOS FERNANZ CPF: 418.364.724-04
Profissão: ELETRICISTA Endereço: SÃO SEVERINO Número: 197 Complemento: CASA
Bairro: PANDEMONIUMS COLAB Cidade: SERNA TALHADA Estado: PE CEP: 56.900-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 879.9998.5472

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 914 13 CONTA: 20508 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado _____ Local e Data: Rio de Janeiro 11.04.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
x Francisco Carlos Fernan
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

George Carlos Melo Gomes
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS
Assinatura

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/2 - 3º Grupamento de Bombeiros

SERRA TALHADA - PE, 21 de fevereiro de 2019.

Andre Pereira da Silva

ANDRÉ PEREIRA DA SILVA

Ten



Cap QOC/BM Mal.704015-6

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 026 Dop./2019

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sra. DÉBORA DE SOUZA PAIXÃO FERRAZ, RG 3764838 SSP/PE, CPF 656.611.414-91, residente à Rua São Severino, 197, Tancredo Neves, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 829 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 07h35min do dia 11 de Fevereiro de 2019, comandada pelo Cb QBMG 1/707365-8 WILLIAM JESUS MALAQUIAS LOPES, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (ATROPELAMENTO)**, n° B 1226014, sendo vitimado o Sr. FRANCISCO CARLOS FERRAZ, CPF 418.364.724-04, o qual informou que foi atropelado por um carro marca/modelo, FORD/F1000 HSD XL, cor verde, placa KIA-2275, sendo o referido veículo visualizado pela guarnição no local da ocorrência. O acidente ocorreu na BR 232, S/N, Zona Rural, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava a seguinte lesão aparente: fratura fechada em membro inferior esquerdo, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Enf. JAMES LEITE DE BRITO, COREN 287830-IS, prontuário 34. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM CARLOS ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.



Cap Carlos Roberto de Souza Júnior
CAP QOC/BM Mal. 707430-5

3º Grupamento de Bombeiros. BR 232 (Av. Vicente Inácio de Oliveira), Km 413, Cachoeira II, Serra Talhada, PE. CEP: 56.906-000.
Fone/Fax: (87) 3831 9382/3831 9383. E-mail: 3gb@bombeiros.pe.gov.br CNPJ: 00.358.773/0017-01.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

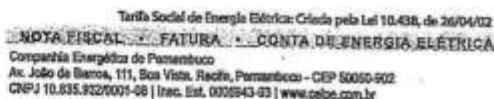
CLIENTE: FRANCISCO CARLOS FERRAZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000020508-8

Nr. da Autenticação 4438E9234BB9EC27



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SAO SEVERINO 197 BAIRRO
TANCREDO NEVES

COHAB/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA-PE
55900-000

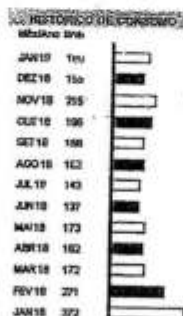
CONTA CONTRATO	MESURNO
2095009037	01/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA
06/02/2019	25/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	139,40

1- Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
048533408	ÚNICA	28/01/2019
2- APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/01/2019	2001156793	3871839

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(Wh)	180,0000000	0,71670022	129,00
Contrib. Ium. Pública Municipal			8,88
ICMS Subvenção-CDE-NF 040923715-27/11/18			1,20

139.42

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		SACA	LEITURA	SACA	LEITURA				
V98072	CA3	21.01.18	21.01.18	22.01.18	02.01.18	1	1.750.00		180.00



	INFLAÇÃO DE PREÇOS			CÓMPOSO ADOPTADO		
	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE		R\$	%
ICMS	128,16	25,00	32,30	Geração de Energia	R\$ 47,300	22,41%
PIS	128,96	0,42	0,58	Transmissão	R\$ 8,222	2,40%
COFINS	128,56	2,08	2,70	Distribuição (Cepac)	R\$ 29,077	22,44%
				Feridas de Energia	R\$ 9,314	7,25%
				Energia Setorial	R\$ 7,465	5,77%
				Taxação	R\$ 35,557	17,52%
				Total	R\$ 120,548	100%

Gerardo Alvarado | TAMPA BAY, FL | 2014

3580 EA1C 87DD 32D1 239E 3854 5837 AAE6

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Pague a partir desta parte do valor em três parcelas do respectivo valor informado: 1204 reais contendo 7 reais de taxa bancária por mês com base de pagamento 420 reais dividido em três parcelas de 140 reais. Para mais informações visite www.senac.gov.br. O Cliente é responsável quando for violado o contrato por não cumprir com o prazo de pagamento. Prazo de entrega de 25 dias úteis. 25/04/2016 14:00:00. 1. Juros de 12% a.a. e atualização monetária no prazo de 10 dias. O Cliente é responsável quando for violado o contrato por não cumprir com o prazo de entrega de 25 dias úteis.

Atendimento personalizado
fornecimento de assistência AMB
41-403101, lavagem, produção,
serviços prestados e tributos no
mercado de distribuição para
consumo, em conformidade com
a legislação em vigor
www.amb.com.br

EXCELSIOR SEGUROS

1. DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

SEGURO DPVAT



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-502
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0050543-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO CARLOS FERRAZ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SAO SEVERINO 197 BAIRRO
TANCREDO NEVES

CPF: 418.364.724-04

COHAB/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
50900-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO
2095009037	01/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA
06/02/2019	25/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	139,42

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	VERSÃO
048533408	UNICA	26/01/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/01/2019	2001158793	3871639

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	180,000000	0,71570022	129,55
Contrib. Irm. Pública Municipal			8,88
ICMS Subvenção-CDE-NE 040923715-27/11/18			1,20

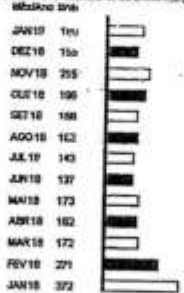
TOTAL DA FATURA

139,42

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
V9402	CA3	26/01/19	26.875,00	26/02/2019	26.875,00	31	1/91,40		180,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	20,00	32,30
PIS	0,45	0,58
COFINS	2,08	2,70

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	41,30	32,41%
Transmissão	8,22	6,40%
Distribuição (Celpe)	39,07	30,44%
Perdas de Energia	8,14	6,29%
Energia Setorial	7,40	5,72%
Tributação	35,37	27,57%
Total	129,54	100%

Consumo Ativo (kWh) 180,00

TARIFAS APLICADAS 0,62199000

3589 EA1C.87DD.32D1.239E.3854.5837.A4E5

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por favor, ler esta parte da fatura com atenção antes de receber. Se achar necessário, ligue para o atendimento ao cliente no número 0800 000 0000. A fatura é emitida em nome do titular da conta. O cliente é responsável por verificar se os dados da fatura estão corretos. Caso haja erro, deve ser comunicado imediatamente para a Companhia Energética de Pernambuco. A fatura é emitida em nome do titular da conta. O cliente é responsável por verificar se os dados da fatura estão corretos. Caso haja erro, deve ser comunicado imediatamente para a Companhia Energética de Pernambuco.

A Companhia Energética de Pernambuco (Celpe) é uma empresa de capital aberto, listada na B3 sob o ticker CELPE3. A Celpe é uma empresa de capital aberto, listada na B3 sob o ticker CELPE3. A Celpe é uma empresa de capital aberto, listada na B3 sob o ticker CELPE3.

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR 2019

SEGURO DPVAT

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOMAZ DE SOUZA 573

CPF: 285 442 044-91

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA-PE
56903-220

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
054119081	UNICA	14/03/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/03/2018	2000530115	3580347

CONTA CONTABILIZADA	MES/ANO
1130133025	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VISTA PROXIMA LITURAS
27/03/2019	11/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	198,60

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	226,0000000	0,15250324	172,32
Contrib. Ium. Pública Municipal			8,86
ICMS Subvenção-CDE-NF 042825824-15/12/18			1,28
ICMS Subvenção-CDE-NF 048440790-14/01/19			1,34
Doação APAE - 0800 722 2723			16,00
TOTAL DA FATURA			198,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO VEICULO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KM)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
		12/05/2018	125000	14/05/2018	126700		1,0000		229,00

[illegible]

INFORMAÇÕES IMEDIATAS
 Pequenas empresas podem usar o serviço de suporte ao cliente da Google para obter ajuda com produtos e serviços. Não há nenhuma taxa adicional para este serviço. Para obter mais informações, visite www.google.com/pequenasempresas. A Google não é responsável por qualquer conteúdo ou informações disponíveis em sites de terceiros. A Google não é responsável por qualquer conteúdo ou informações disponíveis em sites de terceiros. A Google não é responsável por qualquer conteúdo ou informações disponíveis em sites de terceiros.

As condições gerais de
Navegação (Resolução ANTT
414/2012), tarifas, produtos,
serviços prestados e tributos se
encontram à disposição, para
consulta, em nossas unidades de
atendimento e no site
www.copa.com.br

CORREÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
COLABORANTE	APURADO	LIMITE MEMÓRIA	LIMITE TRASEIRO	LIMITE ANÁLISE
DIC	0,00	3,30	8,80	12,20
FIG	0,00	3,31	8,80	0,00
DMIC	LIMITE DCTP: 12,22	8,80	- Valor do Encargo da Luta do Sistema de Distribuição de R\$ 83,43	

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220		

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
FRANCISCO CARLOS FERRAZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 418.364.724 / 04
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO CARLOS FERRAZ
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 418.364.724 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9.9998.5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 08/04/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS**11 ABR. 2019****SEGURO DPVAT**

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
FRANCISCO CARLOS FERRAZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 418.364.724 / 04
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO CARLOS FERRAZ
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 418.364.724 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9.9998.5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 08/04/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS**11 ABR. 2019****SEGURO DPVAT**



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 34
Data: 11.02.2019						Hora: 08:15
Nome: Francisco Carlos Ferraz						Profissão:
Nome Social:						Estado Civil:
Nascimento: 31.12.65		Sexo: var		Responsável: B. militar		
Escolaridade:						
Mãe: Mariana Rodrigues Ferraz						
Endereço: Rua 197						
Bairro: J. Neves		Município: J. Chã		Fone: 9		
Carta SUS: -						RG/CPF: 2.988.280
Raça/Cor:		Grande	Pequena	Paroia	Amarelo	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		<input type="checkbox"/> VERMELHO	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> AZUL	
Situação/Queixa:						
PA:	Peso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alérgias:						
Fluxograma:			Carimbo e Assinatura:			

ATENDIMENTO MÉDICO	
História e Exame Físico: <i>fratura de tórax esquerda após trauma por veículo ciclístico</i>	
<i>* Solitário RX Tórax Esquerda</i>	
Tratamento:	<i>Voltosem 75mg a 5m ene. AO OLA TUPE 1574.</i>
Hipótese Diagnóstica:	<i>fratura de tórax</i>
Carimbo e Assinatura: <i>Dr. Cicero Simões de Lima</i> Médico CRM 57551/PE CPF 127.385.974-00	

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT



Hospital San Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 11/02/2019	Atendimento: 0009739	Quarto/leito: 105 / 0
Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ		
Cirurgia Realizado:		N. do Procedimento:
<p><i>Osteossintese</i> <i>Tibia F</i></p>		
Data: 13/02/19	Início:	Término
Cirurgião:		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista:		
<p>DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Sol. presteira Altopsu</i> <i>MIE + Seces 5 face posterior</i> <i>fóforo E. Ralco da face</i> <i>4 pro seque e cical 11 col +</i> <i>osteossintese uniaxial:</i> <i>01 Haste bloqueada</i> <i>03 p. Bloqueada</i> <i>01 p. curvas</i> <i>Sutura por pontos e pontos</i></p>		
Assinatura do Cirurgião		

Antônio Rodrigues



Hospital São Vicente

Data Atend: 11/02/2019	Atendimento: 0009739	Quarto/leito: 105 / 0																		
Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ																				
Data Nasc: 31/12/1965	Idade: 53 Anos	Sexo: Masculino																		
Estado Civil: Solteiro																				
Profissão: ELETRICISTA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: BRASILEIRO																		
Nome Pai: LUIZ ALVES FERRAZ		Nome Mãe: LAURA RODRIGUES FERRAZ																		
Endereço: RUA SAO SEVERINO, 197 CASA		- TRAQUEDO NEVES - SERRA TALHADA - PE																		
Telefones: () / () / (87) 9993.32110																				
Elementos da Ocorrência:																				
Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()																				
Suicídio () Casual () Outros ()																				
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ()																		
Endereço Acompanhante: , 0																				
Local da Ocorrência:																				
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:																				
<p><i>Lesão por trauma M15</i> <i>de perfuração por arma de fogo</i> <i>e, além disso, dor e hemorragia</i> <i>na região M15</i></p>																				
Diagnóstico Inicial: <i>ferimento aberto, perfuração.</i>																				
<p><i>11/02/2019</i> <i>de perfuração por arma de fogo</i> <i>na região M15</i></p>																				
Diagnóstico Final: <i>ferimento aberto, perfuração.</i>																				
<table border="0"> <tr> <td>Condição de Alta</td> <td>Motivo de Alta</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Melhorada ()</td> <td>Descarga Médica ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inalterado ()</td> <td>Alta a Pedido ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Piorando ()</td> <td>Transferência ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Óbito + 48h ()</td> <td>Evasão ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Óbito - 48h ()</td> <td>Indisciplina ()</td> <td></td> </tr> </table>			Condição de Alta	Motivo de Alta		Melhorada ()	Descarga Médica ()		Inalterado ()	Alta a Pedido ()		Piorando ()	Transferência ()		Óbito + 48h ()	Evasão ()		Óbito - 48h ()	Indisciplina ()	
Condição de Alta	Motivo de Alta																			
Melhorada ()	Descarga Médica ()																			
Inalterado ()	Alta a Pedido ()																			
Piorando ()	Transferência ()																			
Óbito + 48h ()	Evasão ()																			
Óbito - 48h ()	Indisciplina ()																			
Obito em ____/____/____																				
Hora: ____:____																				
		Data do Internamento: <u>11, 02, 19</u> Data da Alta: ____/____/____ Local: ____ Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7251 Médico Responsável																		



Hospital São Vicente

Data Atend: 11/02/2019	Atendimento: 0009739	Quarto/leito: 105 / 0
Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ		
Cirurgia Realizado:		N. do Procedimento:
<p><i>osteossintese</i> <i>de fratura de</i> <i>tibia e</i></p>		
Data: 13/02/19	Início:	Término:
Cirurgião: <i>Antônio</i>		
1º Auxiliar: <i>Reinaldo</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Luiz</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA:		
<p><i>Sob anestesia Alvepsin</i> <i>M.E. + 5ccs de fentanila</i> <i>foram realizados os seguintes</i> <i>procedimentos cirúrgicos:</i> <i>osteossintese uniana:</i> <i>01 Haste bloqueada</i> <i>03 p. Bloqueios</i> <i>04 p. curativos</i> <i>Sutura por planos e fechamento</i></p>		
		Assinatura do Cirurgião

Antônio Rodrigues
CRM 73614-SP 000522003-25



Hospital São Vicente

Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Atend: 0009739

Data/hora: 11/02/2019 - 10:08hs Convenio: BRADESCO

Leito: 105/0

Peso: _____ Altura: _____

Peso: _____		Altura: _____	
Sinais Vitais	Hora	Hora	
	PA 130x90 T 36,3°C SaO2 98%	PA	T SaO2
	FC 64 FR HGT	FC	FR HGT

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	S/N	Anotar diurese (frequência/valores)	ausente
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	Aman	Anotar vômitos (frequências)	ausente
Preparar paciente para cirurgia	Piente	Anotar evacuações (frequência)	ausente
Trocar equipo de soro e extensor a cada 72 H	Piente	Banho de aspersão ou Banho leito	Piente
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	Aman	Manter decúbito elevado S/N	S/N
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: Termina: Aman	Aspirar Secreções S/N	S/N
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	S/N	Estimular /Auxiliar deambulação	Piente
Trocar curativos 24 /24h S/N (Horário)	Piente	Mudar decúbio do paciente 2/2h S/N (Horário)	S/N
Oferecer apoio psicológico	Piente	Aplicar compressas S/N	S/N

Intercorrelências e Observações

As 11:30hs paciente deu entrada na unidade hospitalar em tratamento cirúrgico, consciente, orientado, apnéu, corado, não hidratado, respirando em oximétrico, sem queixas de dor até momento, história em P.T.E. O mesmo relata em dietética uso de alprazolam 500mg, não hipertensão e alergia medicamentosa. **NAO ALERGICO**, realizado AVE, usado o fôlego n° 20, o 1º malogoso, medicado c.e.m. e esteróides 3, 4, 12, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000.

Maria Simone Moreno da Silva

COREN: 082207-12 COREN / Carimbo



Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Farias
 Enf: 405 Leito: Setor: Posto 01
 Data: 11.02.19 Hora: 21:00
 Convênio: particular
 Peso: 70 Altura: 1,70

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	SNO	Anotar diurese (frequência/valores)	presente
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	A.C.M.	Anotar vômitos (frequência)	ausente
Preparar paciente para cirurgia	cont	Anotar evacuações (frequência)	ausente
Trocar equipo de soro e extensor a cada 72 H	cont	Banho de aspersão ou Banho leito	cont
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	A.C.M.	Manter decúbito elevado S/N	S/N
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: S/N Término:	Aspirar Secreções S/N	S/N
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	S/N	Estimular / Auxiliar deambulação	-
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	cont	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	S/N
Oferecer apoio psicológico	cont	Aplicar compressas S/N	S/N
Sinais Vitais	Hora PA 120x80 T 36,5°C SaO2 98% FC 92 FR HGT	Hora PA T SaO2 FC FR HGT	

Intercorrências e Observações

Em 18.00h paciente medido em GBA com oxigênio, orientado, agitado, irritado, suado, hiperativo, respirando em decúbito, sem queixas de dor além da dor no tórax, mantendo-se calmo com glúteos aquecidos com compressas e curativos laboratoriais medidos C.P.M. e reflexos no leito e no leito de enfermagem.

Maria Simone Moreno da Silva
 COREN-PE: 882207-TE

Em 20.00h paciente medido C.P.M. e oxigênio 6, realizado curativo no tórax conforme o item 3.

Maria Simone Moreno da Silva
 COREN-PE: 882207-TE

Em 24.00h paciente medido C.P.M. e oxigênio 3, realizado curativo no tórax conforme o item 3, realizado HGT (92).

Maria Simone Moreno da Silva
 COREN-PE: 882207-TE

Em 04.00h realizado curativo no tórax conforme o item 3.

Em 06.00h paciente medido com oxigênio 3, orientado, agitado, irritado, suado, hiperativo, respirando em decúbito, sem queixas de dor além da dor no tórax, mantendo-se calmo com glúteos aquecidos com compressas e curativos laboratoriais medidos C.P.M. e oxigênio 3, 6, realizado HGT (113) conforme o item 5, segue aguardando cirurgia e nos cuidados de enfermagem, realizado banho no leito + toalha de rosto.

Assinatura - COREN / Carimbo

Maria Simone Moreno da Silva
 COREN-PE: 882207-TE



Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Femeney
Enf: _____ Leito: 105 Setor: PCH
Data: 12/10/1988 Hora: _____
Convênio: Proteção
Peso: _____ Altura: _____

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	9h30	Anotar diurese (frequência/valores)	manhã 2x
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	12h	Anotar vômitos (frequência)	0
Preparar paciente para cirurgia	manhã	Anotar evacuações (frequência)	0
Trocar equipo de soro e extensor a cada 72 H	9h	Banho de aspersão ou Banho leito	06
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	14h	Manter decúbito elevado S/N	SN
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: Término:	Aspirar Secreções S/N	SN
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N		Estimular / Auxiliar deambulação	-
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	-	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	SN
Oferecer apoio psicológico	manhã	Aplicar compressas S/N	

Sinais Vitais	Hora 12h	Hora 14h
PA 140/80	T 36,4	SaO2 98%
FC 68	FR	HGT

Intercorrências e Observações

Em 20:00h, paciente se apresenta com sinais vitais estáveis, sem febre, tosse, dor no peito ou dificuldade respiratória. O exame físico é normal. O paciente é orientado a continuar com a medicação prescrita e a retornar ao pronto-socorro em caso de piora dos sintomas. O enfermeiro registra os dados e orienta o paciente sobre a importância de seguir as orientações médicas.

Em 22 rodos, realizamos HAT = 100 mg/dia, mantendo o mesmo no leite, a v. m. 50. c. l. com pouco S. n. m. f. l. p. s. c.

As atividades, visando melhorar o item ③ da prescrição
médica, sob cuidados de enfermeiros, terapeutas e
terapeutas.

Maria da Rocha Silva, Clnb
Técnica de Enfermagem
CORENPE 7.15.200

Assinatura – COREN / Carimbo



Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Francis
 Enfi: Leito: 03 Setor: posto 03
 Data: 12-03-2019 Hora:
 Convênio: Bradesco
 Peso: Altura:

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	SND	Anotar diurese (frequência/valores)	+
Solicitar exames laboratoriais (Horário)		Anotar vômitos (frequência)	-
Preparar paciente para cirurgia	Aguardando	Anotar evacuações (frequência)	-
Trocar equipo de soro e extensor a cada 72 H	Cinco	Banho de aspersão ou Banho leito	
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	A.C.M	Manter decúbito elevado S/N	S/N
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: <u>02</u> Término: <u>02</u>	Aspirar Secreções S/N	S/N
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	02	Estimular / Auxiliar deambulação	
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	02	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	S/N
Oferecer apoio psicológico	Cinco	Aplicar compressas S/N	02
Sinais Vitais	Hora	Hora	
	PA 120x80 FC 85 PR SaO2 98% HGT	PA T FC FR SaO2 HGT	

Intercorrências e Observações

Às 8:00h paciente evolui em EGR, aguardando procedimento cirúrgico, sem queixas de dor, atende ao momento consciente, orientado, mantendo AP, segue em repouso na cama aguardando procedimento em OIE, medicando c/ S/N de cuidados de enfermagem.

Às 17:00h realizado HGT - 120 Conforme item 04

Às 18:00h paciente evolui em EGR, Consciente, orientado, atende, sem queixas de dor, aguardando procedimento cirúrgico, medicando com item 03, S/N de cuidados de enfermagem.

Assinatura - COREN / Carimbo



Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Farias
 Enf: Leito: 105 Setor: P-021
 Data: 10/02/19 Hora:
 Convênio: União
 Peso: Altura:

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta		Anotar diurese (frequência/valores)	
Solicitar exames laboratoriais (Horário)		Anotar vômitos (frequência)	
Preparar paciente para cirurgia		Anotar evacuações (frequência)	
Trocar equipo de soro e extensor a cada 72 H		Banho de aspersão ou Banho leito	
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)		Manter decúbito elevado S/N	
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: Término:	Aspirar Secreções S/N	
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N		Estimular / Auxiliar deambulação	
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)		Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	
Oferecer apoio psicológico		Aplicar compressas S/N	
Sinais Vitais Hora <u>6h</u> PA <u>120/80</u> T <u> </u> SaO2 <u>98%</u> FC <u>81</u> FR <u> </u> HGT <u> </u>		Hora PA <u> </u> T <u> </u> SaO2 <u> </u> FC <u> </u> FR <u> </u> HGT <u> </u>	

Intercorrências e Observações

Os exames realizados HAT = 9 mmHg, realizado a
 5 da prescrição médica, realizado banho no leito,
 Anotação de dados, nos cuidados de enfermagem.

Maria da Penha Vieira Dias
 Técnico de Enfermagem
 COREN-PE 718.800

Assinatura - COREN / Carimbo

Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Farias
 Enf: 105 Leito: Setor: Porto 01
 Data: 13.02.19 Hora: 08:00
 Convênio: particular
 Peso: • Altura: •

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	SND	Anotar diurese (frequência/valores)	presente
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	ALM	Anotar vômitos (frequência)	ausente
Preparar paciente para cirurgia	aguardar	Anotar evacuações (frequência)	ausente
Trocar equipó de soro e extensor a cada 72 H	presente	Banho de aspersão ou Banho leito	presente
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	ALM	Manter decúbito elevado S/N	S/N
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: S/N Término: S/N	Aspirar Secreções S/N	S/N
Trocar/circuito de oxigênio a cada 48h S/N	S/N	Estimular / Auxiliar deambulação	—
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	presente	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	presente
Oferecer apoio psicológico	presente	Aplicar compressas S/N	S/N
Sinais Vitais	Hora	Hora	
	PA 150x80T 36.5°C SaO2 98% FC 81 FR HGT	PA FC	T FR SaO2 HGT

Intercorrências e Observações

às 08:00h paciente recebeu em EKG, consciente, orientado, aflição, lavado, limpo, respirando em ar ambiente, sem queixas de dor até o momento, medicado C.P.N. e aguardando procedimento cirúrgico e as unidades de enfermagem.

Maria Silvana Moreno da Silva
 COREN/PE: 882207-TE

As:

às 17:30h paciente em preparo e liberação cirúrgica.

Maria Silvana Moreno da Silva
 COREN/PE: 882207-TE

Assinatura – COREN / Carimbo

Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Farias
 Enf: 105 Leito: Setor: posto 01
 Data: 13-09-19 Hora: 20:00
 Convênio: Brasão
 Peso: Altura:

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	<u>SNO</u>	Anotar diurese (frequência/valores)	<u>presente</u>
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	<u>A com</u>	Anotar vômitos (frequência)	<u>presente</u>
Preparar paciente para cirurgia	<u>Realizado</u>	Anotar evacuações (frequência)	<u>presente</u>
Trocar equipó-de soro e extensor a cada 72 H	<u>presente</u>	Banho de aspersão ou Banho leito	<u>presente</u>
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	<u>A com</u>	Manter decúbito elevado S/N	<u>SN</u>
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: <u> </u> Término: <u> </u>	Aspirar Secreções S/N	<u>SN</u>
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	<u>SN</u>	Estimular / Auxiliar deambulação	<u> </u>
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	<u>presente</u>	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	<u>SN</u>
Oferecer apoio psicológico	<u>presente</u>	Aplicar compressas S/N	<u>SN</u>
Sinais Vitais		Sinais Vitais	
Hora <u>14:00</u>		Hora <u> </u>	
PA <u>130/80</u> T <u>35,9°C</u> SaO2 <u>100%</u>		PA <u> </u> T <u> </u> SaO2 <u> </u>	
FC <u>74</u> FR <u> </u> HGT <u> </u>		FC <u> </u> FR <u> </u> HGT <u> </u>	

Intercorrências e Observações

As 20:00h, paciente retorna do laboratório, apresenta em G.A., constante, pontada, apical, parada, infante, respirando em ar ambiente com frequência de dorso mantida, A.V.P., com tipo II, medido em G.A. os itens 3, 4, segue nos cuidados de enfermagem.

Maria Simoni Moreno da Silva
 COREN-PE: 882207-TE

As 24:00h, paciente medicado Capm os itens 3, 4

Maria Simoni Moreno da Silva
 COREN-PE: 882207-TE

As 06:00h, paciente medido em G.A., constante, pontada, apical, com inteligência, com frequência de dorso, mantida A.V.P., medido em G.A. os itens 3, 4, realizado banho no leito, higiene. Foi medido o PA de 130/80 mmHg, 03 vezes, com 55,9°C, 30ml cloridrina, 30ml morfina, medido os cuidados de enfermagem. Em tempo medido os itens 3, 4 de 15cm, 03 de 10cm, 02 de 10cm.

Maria Simoni Moreno da Silva
 COREN-PE: 882207-TE

Assinatura - COREN / Carimbo



Quarto/leito: 105 / 0

Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ

1/1



Hospital São Vicente

CNPJ 10.280.543/0001-603 - Insc. Estadual - Isenta
 Rua Inocêncio Gomes de Andrada, N.º 603 - centro
 Fone (87) 3831-9150 - Serra Talhada - PE
 CNPJ: 10.280.543/0001-63

FICHA AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ										Atend: 0009739			
Dt Admissão: 11/02/2019		Sexo: Masculino		Idade: 53 Anos		Leito: 105 / 0		Conv: BRADESCO					
Procedimento Realizado:													
Índice	Respiração	Circulação	SPO2	Ativ. Musc	Consciência	Horário	FC	PA	FR	T.A.X	Vol. Infundido	Diurese	Rubrica
Krullck						S.O							
						15 min							
						30 min							
						60 min							
						2 H							
						3 H							

Respiração		Circulação	
2 - Apto a respirar Profundamente		2 - <20% Valor Pré-Operatório	
1 - Dispneia ou Respiração Limitada		0 - <25% ou >50% Maior Pré-Operatório	
0 - Cianótico		0 - <50% Valor Pré-Operatório	
Respiração		Atividade Muscular	
0 - SpO2 Oxigênio < 90% Recebendo O2		2 - Apto Mover 4 Ext	
1 - precisa Receber O2 para SpO2		1 - Apto Mover 2 Ext	
2 - Saturação > 92% Recebendo Ar Ambiente		0 - Apto Mover 1 Ext	
		Consciência	
		2 - Desperto Totalmente	
		1 - Desperto ao Chamar	
		0 - Não resp. Estímulo Auditivo	

DROGAS USADAS E DOSES

Anestésicos: *Propofol 100mg / 20mg / 10mg*

Analgésicos: *Paracetamol 1000mg / Decolton*

Opióide Espinal: () Sim () Não

Reversão BMN: () Sim (X) Não

Flumazenil: mg Outros:

Antimético:

Atropina: 1 mg Neostig: mg Narcan: mg

PRESCRIÇÃO MÉDICA NA SRPA:

(X) Instalar oxigênio Contínuo

Início: 15 h 55 Término: 18 h 45

Outros: *nn*

OBSERVAÇÃO / COMPLICAÇÕES

nn

CPF: 368.876.754-43
 CRM: 10569

ASSINATURA / CARIMBO

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

Clínica Médica Especializada

Dr. João Cesar da Cunha

CRM: 10990
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO
ENDOCRINOLOGIA
Fone: (87) 3831-1601/ 9 9991-5659

FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Paciente veio a sofrer um atropelamento no dia 11/02/2019, resultando em forte trauma na perna esquerda. Foi encaminhado ao Hospam onde após exames de imagem constatou fratura na tíbia esquerda.

Foi transferido ao Hospital São Vicente onde realizou tratamento cirúrgico com colocação de hastes e parafusos para estabilização e consolidação da fratura.

Após sua alta hospitalar e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra apresenta como sequela rigidez da articulação do joelho esquerdo, rigidez da articulação no pé esquerdo, déficit de força importante na perna, dificuldade para locomoção, dificuldade para agachamento, déficit de fora.

Apresenta déficit funcional em 70% e déficit anatômico em 60%.

Dr. João César da Cunha
Medicina do Trabalho
CRM - 10990

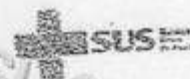
Serra Talhada, 10 de maio 2019.

EXCELSIOR SEGUROS

14 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

Rua Cornélio Soares, 810
Centro Serra Talhada - PE
CEP: 56.903-440



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA		Nº: 34
Data: 11.02.2019		Hora: 08:15
Nome: Francisco Carlos Fernandes	Profissão: Professor	
Nome Social:		Estado Civil:
Nascimento: 21.12.65	Sexo: M	Responsável: B. Militar
Esp/Endo:		
Mãe: Mariana Rodrigues Fernandes	197	
Endereço: R. N. N. N.	Município: J. N. N.	Fone: 9
Cidade: J. N. N.	UF: RJ	RG: 988.280
Raça/Cor:	Branco	Pele: Branco
		Amarelo
		Indígena

CLASSIFICAÇÃO	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
---------------	----------	---------	-------	------

Situação/Queixa:

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	--------	------	----	-------	-------	----------

Med: 120/80 mmHg

Intoxicação/Alergia:

Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:
-------------	-----------------------

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

Exame Físico

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

Hospital São Vicente

Data Atend: 11/02/2019	Atendimento: 0009739	Quarto/leito: 105 / 0
Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ		
Cirurgia Realizado:	N. do Procedimento:	
<p><i>osteossintese</i></p> <p><i>1/1/1</i></p>		
Data: 13/02/19	Início:	Término
Cirurgião: <i>Guilherme</i>		
1º Auxiliar: <i>Rafael</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Guilherme</i>		
<p>DESCRIÇÃO CIRURGICA:</p> <p><i>Del. preterista. Alérgico a</i></p> <p><i>mi + lições 5 face posterior</i></p> <p><i>forçoso. Ralados da face</i></p> <p><i>4 no safar e ciliar 11. cat</i></p> <p><i>osteossintese uniaxial:</i></p> <p><i>01 Haste bloqueada</i></p> <p><i>03 P. Bloqueada</i></p> <p><i>01 P. bloqueada</i></p> <p><i>Sutura por planos e cateto</i></p>		
Assinatura do Cirurgião		

Assinatura do Cirurgião

Alfonso Rodríguez

Hospital São Vicente

Data Atend: 11/02/2019	Atendimeto: 0009739	Quarto/leito: 105-F0
Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ		
Data Nasc: 31/12/1965	Idade: 53 Anos	Sexo: Masculino
Profissão: ELETRICISTA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: LUIZ ALVES FERRAZ		Nome Mãe: LAURA RODRIGUES FERRAZ
Endereço: RUA SAO SEVERINO, 197 CASA		- TRAQUEDO NEVES - SERRA TALHADA PE
Telefones: () / () / (87) 9993,32110		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Trânsito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Suicídio ()	Casual ()	Outros ()
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ()
Endereço Acompanhante: , 0		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FISICO:		
<p><i>Exame físico: 11/5</i> <i>Exame físico: 11/5</i> <i>Exame físico: 11/5</i></p>		
Diagnostico Inicial: <i>Exame físico: 11/5</i>		
SADT: <i>Exame físico: 11/5</i>		
Diagnostico Final: <i>Exame físico: 11/5</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada ()	Descrição Médica ()	Data do Internamento: 11, 02, 19
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: / /
Plorando ()	Transferência ()	Local: / /
Obito + 48h ()	Evasão ()	
Obito - 48h ()	Indisciplina ()	
Obito em: / /		
Hora: / /		
		Antônio Rodrigues de Freitas CRM 1351 Medico Responsável

Hospital São Vicente

Data Atend: 11/02/2019	Atendimento: 0009739	Quarto/leito: 105/0
Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ		
Cirurgia Realizado:		N. do Procedimento:
<p><i>Artroscopia</i></p> <p><i>10/11/19</i></p>		
Data: 13/02/19	Início:	Término
Cirurgião:		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista:		
<p>DESCRIÇÃO CIRURGICA:</p> <p><i>Artroscopia do joelho direito</i></p> <p><i>para remoção de corpo livre</i></p> <p><i>e de um fragmento de menisco</i></p> <p><i>posterior.</i></p> <p><i>Artroscopia da articulação</i></p> <p><i>do ombro direito</i></p> <p><i>para remoção de um corpo</i></p> <p><i>livre.</i></p> <p><i>Artroscopia da articulação</i></p> <p><i>do quadril direito</i></p> <p><i>para remoção de um corpo</i></p> <p><i>livre.</i></p> <p><i>Artroscopia da articulação</i></p> <p><i>do tornozelo direito</i></p> <p><i>para remoção de um corpo</i></p> <p><i>livre.</i></p>		
Assinatura do Cirurgião		

Assinatura do Cirurgião

Antônio Rodrigues

Hospital São Vicente

Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Atend: 0009739

Data / hora: 11/02/2019 - 10:08hs Convenio: BRADESCO

Leito: 105/0

Peso: _____ Altura: _____

Sinais Vitais	Hora	Hora
PA 130x90	36,3°C	SaO2 98%
FC 64	FR	HGT

Prescrição da Enfermagem	Horário	Prescrição da Enfermagem	Horário
Dieta	S/N	Anotar diurese (frequência/valores)	presente
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	Amanhã	Anotar vômitos (frequências)	ausente
Preparar paciente para cirurgia	presente	Anotar evacuações (frequência)	ausente
Trocar equipo de soro e extensor a cada 72 H	presente	Banho de aspersão ou Banho leito	presente
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	Amanhã	Mant. decúbito elevado S/N	S/N
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: _____ Término: Amanhã	Aspirar Secreções S/N	S/N
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	S/N	Estimular (Auxiliar deambulação)	presente
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	presente	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	S/N
Oferecer apoio psicológico	presente	Aplicar compressas S/N	S/N

Intercorrelações e Observações

Do 11:30hs paciente em unidade hospitalar para tratamento cirúrgico, consciente, orientado, hidratado, com queixas de dor abdominal, náusea, vômito, febre, em 14/05/2019, o mesmo relata que diabético, uso de insulina Humalog, não hipertensão e alergia medicamentosa. **NAO ALERGICO**, realizado AVE, usado o filio 10-90, o 19 malogato, medicação C.E. e o 10-90, 3, 4, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000.

Maria Simone Ribeiro da Silva
COREN-PE 881907-7 COREN / Carimbo

Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Farias Enf. 1305 Leito: 1810 Setor: UTI
 Data: 14/05/2019 Hora: 19:00
 Convênio: União
 Peso: 70 Altura: 1,70

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	S/N	Anotar diurese (frequência/valores)	Presente
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	S/N	Anotar vômitos (frequência)	Presente
Preparar paciente para cirurgia	S/N	Anotar evacuações (frequência)	Presente
Trocar equipo de soro e extensor a cada 72 H	S/N	Banho de aspersão ou Banho leito	S/N
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	S/N	Manter decúbito elevado S/N	S/N
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: S/N Término: S/N	Aspirar Secreções S/N	S/N
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	S/N	Estimular / Auxiliar deambulação	S/N
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	S/N	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	S/N
Oferecer apoio psicológico	S/N	Aplicar compressas S/N	S/N
Sinais Vitais	Hora	Sinais Vitais	Hora
PA 120/70 T 36,5°C SaO2 98%		PA 120/70 T 36,5°C SaO2 98%	
FC 92 FR 18 HGT		FC 92 FR 18 HGT	

Intercorrências e Observações

Em 19:00h paciente recebeu medicação com C.P.A. (anticoagulante, analgésico, antibiótico, diurético, hipotensor) ministrando conforme prescrição médica, com auxílio de duas enfermeiras presentes no ambiente, após a administração da medicação, o paciente apresentou náuseas e vômitos, sendo realizado o atendimento de enfermagem.

Maria Simone Moreno da Silva
 COREN-PE: 882207-TE

Em 20:00h paciente meditado C.P.A. sistema B, realizando monitorização conforme sistema B.

Maria Simone Moreno da Silva
 COREN-PE: 882207-TE

Em 21:00h paciente meditado C.P.A. sistema B, realizando monitorização conforme sistema B, realizando HGT (92).

Maria Simone Moreno da Silva
 COREN-PE: 882207-TE

Em 22:00h realizando monitorização conforme sistema B.

Em 23:00h paciente recebeu medicação com C.P.A. (anticoagulante, analgésico, antibiótico, diurético, hipotensor) ministrando conforme prescrição médica, com auxílio de duas enfermeiras presentes no ambiente, após a administração da medicação, o paciente apresentou náuseas e vômitos, sendo realizado o atendimento de enfermagem.

Assinatura - COREN / Carimbo

Maria Simone Moreno da Silva
 COREN-PE: 882207-TE

Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Fianon Leito: 10 Setor: pat 05
 Enft: RAIANNE BARBOSA Data: 14-05-2019 Hora: 10:35:14
 Convênio: Secadencia Peso: 65 Altura: 1,60

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	SND	Anotar diurese (frequência/valores)	+
Solicitar exames laboratoriais (Horário)		Anotar vômitos (frequência)	-
Preparar paciente para cirurgia	Aguardando	Anotar evacuações (frequência)	-
Trocar equipo de soro e extensor a cada 72 H	C/inf	Banho de aspersão ou Banho leito	-
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	A.C.M	Manter decúbito elevado S/N	S/N
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: <u>10</u> Término: <u>12</u>	Aspirar Secreções S/N	S/N
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	<u>12</u>	Estimular / Auxiliar deambulação	-
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	<u>12</u>	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	S/N
Oferecer apoio psicológico	C/inf	Aplicar compressas S/N	-
Sinais Vitais	Hora PA <u>120/80</u> FC <u>85</u> FR SaO2 <u>98%</u> HGT	Hora PA <u>120/80</u> FC <u>85</u> FR SaO2 <u>98%</u> HGT	Hora PA <u>120/80</u> FC <u>85</u> FR SaO2 <u>98%</u> HGT

Intercorrências e Observações

Às 8:00h paciente recebeu um EGR, aguardando procedimento cirúrgico. Não apresenta dor, está consciente, mantendo AP, segue em repouso na cama aguardando procedimento em MIE, medicado c/ S/N de acordo com a enfermagem.

Às 12:00h realizado HGT - 120 Confirmado item ON

Às 18:00h paciente recebeu um EGR, consciente, orientado, não apresenta dor, aguardando procedimento cirúrgico, medicado com S/N 03, S/N de acordo com a enfermagem.

Assinatura - COREN / Carimbo

Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Silva Leito: 103 Setor: 103
 Data: 14/05/2019 Hora: 10:35:14
 Convênio: PREV Assinatura: _____
 Peso: _____

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta		Anotar diurese (frequência/valores)	
Solicitar exames laboratoriais (Horário)		Anotar vômitos (frequência)	
Preparar paciente para cirurgia		Anotar evacuações (frequência)	
Trocar equipo de soro e extensor a cada 72 H		Banho de aspersão ou Banho leito	
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)		Manter decúbito elevado S/N	
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: _____ Término: _____	Aspirar Secreções S/N	
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N		Estimular / Auxiliar deambulação	
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)		Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	
Oferecer apoio psicológico		Aplicar compressas S/N	
Sinais Vitais	Hora: _____ PA: <u>120/80</u> T: _____ FC: <u>81</u> FR: _____ SaO2: <u>87</u> HGT: _____	Hora: _____ PA: _____ T: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2: _____ HGT: _____	

Intercorrências e Observações

PA 06: 06h, realizado HGT 97mg/dL, internado em
 5 de prescrição médica, realizou banho de
 higiene de 06h, com auxílio de enfermeira.

Maria da Penha Silva Dias
 Técnica de Enfermagem
 COREN-PE 718.630

Assinatura - COREN / Carimbo

Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Farias Enf: 105 Leito: 105 Setor: Unidade 01
 Data: 13/05/19 Hora: 08:00
 Convênio: Prontas Peso: 72 Altura: 1,70

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	SND	Anotar diurese (frequência/valores)	antes
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	12h	Anotar vômitos (frequência)	antes
Preparar paciente para cirurgia	15h	Anotar evacuações (frequência)	antes
Trocar equip de soró e extensor a cada 72h	antes	Banho de aspersão ou Banho leito	antes
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	12h	Manter decúbito elevado S/N	S/N
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: S/N Término: S/N	Aspirar Secreções S/N	S/N
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	S/N	Estimular / Auxiliar deambulação	antes
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	antes	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	antes
Oferecer apoio psicológico	Prontas	Aplicar compressas S/N	S/N
Sinais Vitais	Hora	Sinais Vitais	Hora
PA 120x80 36,5°C SaO2 98%	10:35:14	PA 120x80 36,5°C SaO2 98%	10:35:14
FC 71 FR HGT		FC 71 FR HGT	

Intercorrências e Observações

As 08:00hs paciente recebeu em ESH, compressas úmidas, aspirado larval, infusão de 100ml de 0,9% NaCl em 15 minutos, medicação 0,1g de morfina 10mg/ml, medicação 10mg de morfina 10mg/ml, medicação 10mg de morfina 10mg/ml.

Maria Simone Moreno da Silva
 COREN/PE 882207-TE

As 17:30hs paciente em estado de sono profundo.

As 17:30hs paciente em estado de sono profundo.

Assinatura - COREN / Carimbo

Relatório de Enfermagem

Nome: Franco, Carlos Farias Leito: 14 Setor: Pronto-Socorro
 Enfi: 1405/2019 Data: 14/05/2019 Hora: 10:35:14
 Convênio: União Peso: 70 kg Altura: 1,70 m

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	SAD	Anotar diurese (frequência/valores)	diário
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	14/05/2019	Anotar vômitos (frequência)	diário
Preparar paciente para cirurgia	14/05/2019	Anotar evacuações (frequência)	diário
Trocar equipó-de soro e extensor a cada 72 H	14/05/2019	Banho de aspersão ou Banho leito	diário
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	14/05/2019	Mantiver decúbito elevado S/N	S/N
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	14/05/2019	Aspirar Secreções S/N	S/N
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	14/05/2019	Estimular / Auxiliar deambulação	14/05/2019
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	14/05/2019	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	S/N
Oferecer apoio psicológico	14/05/2019	Aplicar compressas S/N	S/N
Sinais Vitais		Sinais Vitais	
PA 140/80	FC 35	PA 140/80	FC 35
EC 54	FR 18	EC 54	FR 18
	HGT 100		HGT 100

Intercorrências e Observações

Em 06/05/2019, paciente internado no Hospital de Urgências, apresentando quadro de insuficiência cardíaca congestiva, com sinais de congestão pulmonar e periférica, sendo tratado com medicação adequada. Em 14/05/2019, paciente em uso de medicação para controle da dor e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva.

Em 14/05/2019, paciente em uso de medicação para controle da dor e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva.

Em 14/05/2019, paciente em uso de medicação para controle da dor e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva. Em 14/05/2019, paciente em uso de medicação para controle da dor e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva.

Assinatura - COREN / Carimbo

CNPJ 10.280.543/0001-603 - Ins. Estadual - Isenta
 Rua Inocência Gomes de Andrada, N.º 603 - centro
 Fone (87) 3831-9150 - Serra Talhada - PE
 CNPJ: 10.280.543/0001-63

FICHA AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ										Atend: 0009739			
Dt Admissão: 11/02/2019		Sexo: Masculino		Idade: 53 Anos		Leito: 105 / 0		Conv: BRADESCO					
Procedimento Realizado:													
Índice	Respiração	Circulação	SPO2	Ativ. Musc	Consciência	Horário	FC	PA	FR	TAX	Vol. Infundido	Diurese	Rubrica
Krusick						S.O							
						15 min							
						30 min							
						60 min							
						2 H							
						3 H							

Respiração		Circulação	
2 - Apto a respirar Profundamente 1 - Dispneia ou Respiração Limitada 0 - Cianótico		2 - <20% Valor Pré-Operatório 1 - <25% ou >50% Maior Pré-Operatório 0 - <50% Valor Pré-Operatório	
Respiração		Atividade Muscular	
0 - SpO2 Oxigenação < 90% Recebendo O2 1 - precisa Receber O2 para SpO2 2 - Saturação > 92% Recebendo Ar Ambiente		2 - Apto Mover 4 Ext 1 - Apto Mover 2 Ext 0 - Apto Mover 1 Ext	
		Consciência	
		2 - Desperto Totalmente 1 - Desperto ao Chamar 0 - Não resp. Estímulo Auditivo	

DROGAS USADAS E DOSES

Anestésicos:	Propofol			Antimélico:			
Analgésicos:	Doracodil			Atropina:	1 mg	Neostig:	mg
Opióide Espinal:	() Sim	() Não		Narcan:	mg		
Reversão BMN:	() Sim	() Não					
Flunazil:	mg	Outros:					

PRESCRIÇÃO MÉDICA NA SRPA

(X) Instalar oxigênio Contínuo	Início:	18 h 45	Termino:	18 h 45
Outros:				

OBSERVAÇÃO / COMPLICAÇÕES

OBSERVAÇÃO / COMPLICAÇÕES	
N/A	

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

11/02/19

9.9933-2150

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CRTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FRANCISCO CARLOS FERRAZ

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF
2988280 SSP PE

CPF
418.364.724-04

DATA NASCIMENTO
31/12/1969

FUNÇÃO
LUIZ ALVES FERRAZ
LAURA RODRIGUES FERRAZ

PERMISSÃO
ACD
CAL. HAB.

Nº REGISTRO
00110221074

VALIDADE
13/11/2021

INSCRIÇÃO
05/11/1985

OBSERVAÇÕES

Francisco Carlos Ferraz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
23/11/2016

ASSINATURA DO GERENTE
15560102545
PR075357577

DETRAN-PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1304907149

PROIBIDO PLASTIFICAR
1304907149

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

11/02/19

9.9933-2150

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CRTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1304907149

NOME
FRANCISCO CARLOS FERRAZ

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF
2988280 SSP PE

CPF
418.364.724-04

DATA NASCIMENTO
31/12/1969

FUNÇÃO
LUIZ ALVES FERRAZ
LAURA RODRIGUES FERRAZ

PERMISSÃO
ACD
CAL. HAB.

Nº REGISTRO
00110221074

VIGÊNCIA
13/11/2021

PRORRATÓRIO
05/11/1985

OBSERVAÇÕES

Francisco Carlos Ferraz

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
23/11/2016

ASSINATURA DO GERENTE
15560102545
PR075357577

DETRAN-PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1304907149

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

[illegible]

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		DETTRAN - PE Nº 7289408951		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		NOME/ENDEREÇO		NOME/ENDEREÇO	
PLACA	1 676337113	CICERO MOCUEIRA DOS SANTOS RUA OLIMPIO WANDERLEY S AP-CENTRO TRIUNFO-PE		CICERO MOCUEIRA DOS SANTOS RUA OLIMPIO WANDERLEY S AP-CENTRO TRIUNFO-PE	
CDT/RENAVAM	*****55	PLACA		PLACA	
EXERCÍCIO	2008	462.048.224-20		462.048.224-20	
DATA DE EMISSÃO	13/05/08	56870-000		56870-000	
CATEGORIA		CATEGORIA		CATEGORIA	
VEICULO		VEICULO		VEICULO	
FORD/F1000 HSD XL		FORD/F1000 HSD XL		FORD/F1000 HSD XL	
1.10T/113CV/2.0		1.10T/113CV/2.0		1.10T/113CV/2.0	
IPVA 2008 QUITADO		IPVA 2008 QUITADO		IPVA 2008 QUITADO	
PARTICIPAMENTO / COTAS		PARTICIPAMENTO / COTAS		PARTICIPAMENTO / COTAS	
*****		*****		*****	
PREMIO TOTAL (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
SEGURO PAGO		SEGURO PAGO		SEGURO PAGO	
SEM RESERVA		SEM RESERVA		SEM RESERVA	
OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES	
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
13/05/08		13/05/08		13/05/08	

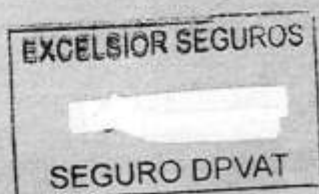
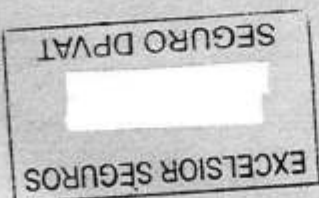
REMETENTE:

GEORGE CARLOS MELO LIMA

RUA - ANTONIO TOME DE SOUSA Nº 573

BAIRRO SÃO CRISTOVÃO - SERRA TALHADA PE

CEP 56.903-220



DESTINATÁRIO
EXCELSIOR SEGUROS
AV. MARAÚES DE OLINDA, 175
RECIFE PE
CEP. 50030-000
Tel. (041) 81 - 3087-9200

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



FC0966140

PESO (kg)
1.062

☒ AR
☐ MP

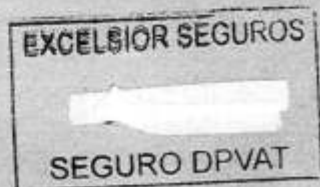
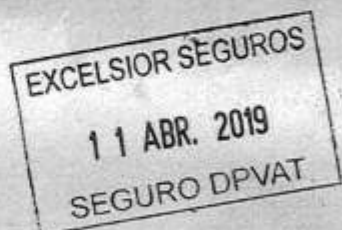
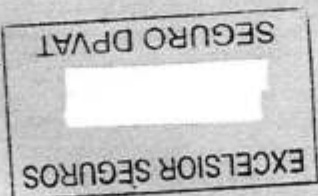
SEDEX



SM 32511348 8 BR



REMETENTE:
GEORGE CARLOS MELO LIMA
RUA - ANTONIO TOME DE SOUSA Nº 573
BAIRRO SÃO CRISTOVÃO - SERRA TALHADA PE
CEP 56.903-220



DESTINATÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS

AV. MARQUÊS DE OLINDA, 175

RECIFE PE

CEP. 50030-000

Tel. (041) 81 - 3087-9200

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



FC096640

☐ AR
☐ M/P

Correios

PESO (kg)
1.062

SEDEX

12

SM 32511348 8 BR