

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 TERAPÉUTICA. 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 27/11/2016 inscrito no CPF sob o nº 413.364.724-04, residente na
SAO SEVERINO, nº 197,
complemento CASA, Bairro CONAB / TANCREJO NEVES, cidade
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 24/07/17 inscrito no CPF sob o nº 009.475.324-29, residente na
ANTONIO TOME DE SOUZA, nº 573,
complemento CASA, Bairro SAO CRISTOVAO, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE

Amplos 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 do FRANCISCO CARLOS FERRAZ - Doc. P.F. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular.	
Maria Lúcia de Souza - Substituta. Emoc. R\$ 3,39. TENC - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.	
Selo: 0074872.GBX02201902.03821 28/02/2019 13:13:48 Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital	
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA

SIMONE BARBOSA CORREIA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160570/19

Vítima: FRANCISCO CARLOS FERRAZ

CPF: 418.364.724-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA

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: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

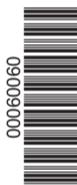
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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, 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, retorno 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:	
	418.364.724-04	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:	418.364.724.04
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
ELETROINSTALADOR	SÃO SEVERINO	791	CASA
Bairro:	Cidade:	CEP:	56.900-000
TANQUE D'AREIA NEVES COMARCA	SENNA FALHADA	Estado:	PE
E-mail:	Tel (DDD): 87 9 9998-5422		

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

DADOS CADASTRAIS

 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
 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 CONTA: 20508 8

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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) Divorciado Separado Judicialmente Víviro 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 Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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, 11.04.19
 Nome: _____
 CPF: _____

 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Francisco Carlos Ferraz

Assinatura do Representante Legal (se houver)

 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Francisco Carlos Ferraz

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

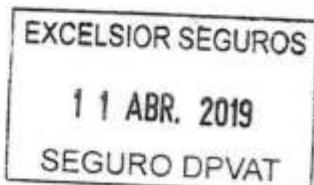
CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura

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 - Culposo (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)

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

FRANCISCO CARLOS FERRAZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **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 N° 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 SIMÕES 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: **418.364.724-04** CPF da vítima: **418.364.724-04** Nome completo da vítima: **FRANCISCO CARLOS FERRAZ**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: FRANCISCO CARLOS FERRAZ		CPF: 418.364.724-04
Profissão: ELETROSTISTA	Endereço: SAO SEVERINO	Número: 197 Complemento: CASA
Bairro: MANOEL NEVES COLAB	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE CEP: 56.900-000
E-mail:		Tel (DDD): 879.9999.5422

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<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 OPCIÃO 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: 914 CONTA: 20508 8
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
	AGÊNCIA: 914 CONTA: 20508 8
	(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 atende 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) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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: **Ribe 11.04.19**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Francisco Carlos Ferraz
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Procurador (se houver)
Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) 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 integral teor do conteúdo, antes de preencher o formulário.

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

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 FERRAZ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

FRANCISCO CARLOS FERRAZ

CPF:

418.364.724.04

Profissão:

ELETRÔNISTA

Endereço:

SÃO SEVERINO

Número:

197

Complemento:

CASA

Bairro:

TANCREDO NEVES COLAB

Cidade:

SERRA TALHADA

Estado:

PE

CEP:

56.900-000

E-mail:

Tel (DDD):

879.9999.5422

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 OPCIÃO 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)

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 atende 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) Divorciado 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 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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: Rio de Janeiro 11.04.19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intelecto teor do conteúdo, antes de preencher o formulário.

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.

ANDRÉ PEREIRA DA SILVA
Ten QOC/BM Mat. 707430-5
Cap QOC/BM Mat. 7074015-6

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), nº 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 QOC/BM Mat. 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.

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

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



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELETRICA

DADOS DO CLIENTE - - -
FRANCISCO CARLOS FERRAZ

CPF: 418.364.724-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SAO SEVERINO 197 BAIRRO
TANCREDO NEVES

COHAB/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56900-000

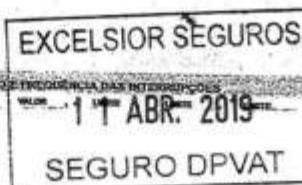
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTO CONTRATO: 2095009037
DATA DE VENCIMENTO: 06/02/2019
TOTAL A PAGAR: R\$ 139,42

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
180,0000000	0,71970022	129,55
		9,66
		1,20

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							139,42		
NP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA LEITURA	ATUAL	DATA LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
V3670	CAJ	7.7.18	21.07.18	26.07.18	02.08.18	11	1,750,0		139,00

Alcance direto para mais de 100 mil pessoas. Desenvolvida ANEEL, 41-20100, lençóis, produzidos, serviços prestados e distribuídos no Brasil e no exterior, em disponibilidade para o consumo, nas nossas prestações de eletricidade fornecida.





NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELETRICA

DADOS DO CLIENTE - - -
FRANCISCO CARLOS FERRAZ

CPF: 418.364.724-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SAO SEVERINO 197 BAIRRO
TANCREDO NEVES

COHAB/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56900-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO: 2095009037
DATA DE VENCIMENTO: 06/02/2019
TOTAL A PAGAR R\$139,42

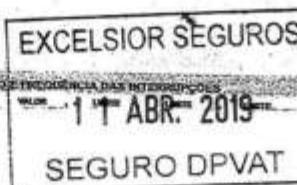
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	180,00000000	0,719700222
Contrib. Itm. Pública Municipal		120,56
ICMS Subvenção-CDE-NF 046923715-27/11/18		8,88
		120

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	
V94872	CAL	77.7718	21.8910	2400000	000.0	0.0	12940	189,90

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPONENTES DO CONSUMO		
Mês/Ano	Un.		Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Gerador de Energia	
JAN18	100					R\$ 41,98	
DEZ18	150					R\$ 6,22	
NOV18	255		ICMS	10,00	32,30	Transportador	R\$ 39,07
COT18	195		PIS	12,00	0,00	Forças de Energia	R\$ 8,14
SET18	198		COFINS	13,00	2,08	Energias Sustentáveis	R\$ 7,45
AGO18	162				2,70	Tributos	R\$ 32,37
JUL18	143					Total	R\$ 120,58
JUN18	137						
MAR18	173						
ABR18	182						
MAR18	172						
FEV18	201						
JAN18	199						
Geração Ativa (kWh)		Tributos Aplicados			R\$ 120,580000		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Aguarde a sua carta para a devolução, com o resultado do resgate, se achar que não é o que precisa. Use os corredores de atendimento 1204 ou 0800-1204-0800 para falar com o atendente. Mais informações em www.multiplo.com.br. O direito de leitura e desfrute é válido a partir da data de compra, e não pode ser transferido para terceiros. O direito de devolução é válido a partir da data de compra, e não pode ser transferido para terceiros. O direito de devolução é válido a partir da data de compra, e não pode ser transferido para terceiros.

Alcance das tecnologias
de ensino-aprendizagem: ANEIS
41402012. Técnicas, produtos,
serviços, processos e aplicações
que visam a disponibilizar para
o cidadão, em sua esfera de
atuação, as noções essenciais da
educação técnica.





Tarifa Social de Energia Elétrica: Crédito 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 50060-922
CNPJ 10.835.332/0001-08 | Ins. Est. 0005943-82 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
ROA. ANTONIO TOME DE SOUZA 575

CPF: 285.442.044-91
CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

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

Nº DA NOTA FISCAL SERIE EMISSÃO
054118081 UNICA 14/03/2019

NOTA FISCAL	MES/ANO
1130133025	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	11/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	198,60

APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE NÚM. INSTALAÇÃO
14/03/2019 2000530115 3680341



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Nº9.613/98.

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 TÔMÉ DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA FALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>56.903-220</u>

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

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Nº9.613/98.

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 TÔMÉ DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA FALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>56.903-220</u>

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

Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 11/02/2019	Atendimeto: 0009739	Quarto/leito: 105 / 0
------------------------	---------------------	-----------------------

Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Cirurgia Realizado:	N. do Procedimento:
---------------------	---------------------

abdominal
Tubarão

Data: 13/02/19	Inicio:	Término
----------------	---------	---------

Cirurgião: Antônio
Rodrigues

1º Auxiliar: Pedro

2º Auxiliar:

Anestesista: Luciano

DESCRIÇÃO CIRURGICA: Salvo questione. Assento em
mit. fezes e cecos seteas
pefho e. Reduzido da faceira
profunda cecos t, los +
estofamento visuado.

01 Haste Chavecah

03 P. Bloduccos

01 P. cuspis

Setas por pano elástico

Assinatura do Cirurgião

Antônio Rodrigues



Hospital São Vicente

Data Atend: 11/02/2019		Atendimeto: 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 Transito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()	Agressão ()
Suicidio ()	Casual ()	Outros ()	
Nome Acompanhanete:		Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante: , 0			
Local da Ocorrencia:			
ANAMNESE E EXAME FISICO:			
<p>Losseas Speed Oscar 015 defecação seca, perda de peso, febre e calore, dor de cabeça, dor de peito, dor de estômago (015)</p>			
Diagnóstico Inicial: Febre alta, dor de peito.			
<p>SADT: Hepatite aguda tipo A, vírus, óbito e necessidade isolado 12102 no</p>			
Diagnóstico Final: Febre alta, dor de peito.			
Condição de Alta	Motivo de Alta		
Mejorada ()	Descrição Médica ()	Data do Internamento: 11/02/19	
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: _____	
Piorando ()	Transferência ()	Local: _____	
Obito + 48h ()	Evasão ()		
Obito - 48h ()	Indisciplina ()		
Obito em _____ / _____ / _____			
Hora: _____			
Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7351 02/02/2019 Médico Responsável 7351			



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 11/02/2019	Atendimeto: 0009739	Quarto/leito: 105 / 0
------------------------	---------------------	-----------------------

Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Cirurgia Realizado:

N. do Procedimento:

abcesso
abdominal

Data: 13/02/19	Inicio:	Término
----------------	---------	---------

Cirurgião: Antônio Rodrigues

1º Auxiliar: Raimundo

2º Auxiliar:

Anestesiista: Luciano

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA:

Salvo questione abscessu
abdominal de 25x25 cm.
junto a. Rodeado de tecido
fascial e celulose.
abcesso central visuado.

01 Haste de bagueach

03 P. Bloduccio

04 P. cuspido

Saque por saco de lavativo

Assinatura do Cirurgião

Antônio Rodrigues
Tutor Operário
CRM-7391 P.C.P. 000000003-29



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	FC	FR	HGT	T	SaO2
	PA 130x90 OT 36,3°C	SaO2 98%				

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	5h00	Anotar diurese (frequencia/valores)	Presente
Solicitar exames laboratorios (Horário)	A combinar	Anotar vômitos(frequencias)	Ausente
Preparar paciente para cirurgia	Ciente	Anotar evacuações (frequencia)	Ausente
Trocara equipe de soro e extensor a cada 72 H	Ciente	Banho de aspersão ou Banho leito	Ciente
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	A combinar	Manter decúbito elevado S/N	5h00
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Inicio: A combinar Termino: A combinar	Aspirar Secrêções S/N	5h00
Trocara circuito de oxigênio a cada 48h S/N	5h00	Estimular /Auxiliar deambulação	Ciente
Trocara curativos 24 /24h S/N (Horário)	Ciente	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	5h00
Oferecer apoio psicológico	Ciente	Aplicar compressas S/N	5h00

Intercorrelações e Observações

Do 11:30hs paciente chega entrada no hospital para tratamento cirúrgico, consciente, orientado, apelidado, carido, informado, resguardado em seu ambiente, sem queixas de dor ou desconforto, fixado em PITE, oxímetro detecta uso diabéticas para uso de alívio de 50mg, nega hipertensão e alergia medicamentosa. NAO ALÉRGICO, realizado AIP usado os fios n.º 20, 01 e 02, realizada medicação C.º e nos ôstens 3, 4, 12 e 13 e realizada a perfusão de 1000ml de Ringer Lactato (111) conforme orientação, segue com realização de 1000ml de infusão de infusão.

Às 16:00hs realizado monitorização C.º Pn e Tens. B. Maria Simone Moreno da Silva COREN/PE: 082267-15

As 18:00hs paciente entra na sala mantendo oxímetro fixado sem queixas de dor medicado C.º e nos ôstens 3, realizado NEST (10g), mantendo AIP, agendado exames laboratoriais, e cirurgia segue os cuidados da enfermagem.

Maria Simone Moreno da Silva
COREN/PE: 082267-15 - COREN / Carimbo

Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Faria
 Enf: 305 Leito: 01 Setor: Ponto 01
 Data: 11/03/19 Hora: 19:00
 Convênio: Previdência
 Peso: Altura:

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	5w0	Anotar diurese (frequência/valores)	Presente
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	À noite	Anotar vômitos (frequência)	ausente
Preparar paciente para cirurgia	05:00	Anotar evacuações (frequência)	ausente
Trocara equipamento de soro e extensor a cada 72 H	05:00	Banho de aspersão ou Banho leito	19:00
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	À noite	Manter decúbito elevado S/N	5w
Administrador Oxigênio conforme prescrição médica	Inicio: Término:	Aspirar Secréções S/N	5w
Trocara circuito de oxigênio a cada 48h S/N	5w	Estimular / Auxiliar deambulação	—
Trocara curativos 24/24h S/N (Horário)	05:00	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	5w
Oferecer apoio psicológico	05:00	Aplicar compressas S/N	5w
Sinais Vitais	Horário	Horário	
PA 100/60 T 36,9°C SaO2 98% FC 72 FR HGT	PA T SaO2 FC FR HGT	PA T FC FR SaO2 HGT	

Intercorrências e Observações

As 19:00 hs paciente evolui da GFA instável, orientado, apetite ruim, sedento, levemente confundido em certos momentos, mantendo a si com ajuda, aguado intermitente. Obrigado a enfermeira Lourdes medido C.P. e temperatura no leito e a enfermeira da enfermagem.

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

As 20:00 paciente medido C.P. no oitavo 6, realizado enxerto que conforme o item 3.

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

As 24:00 hs paciente medido C.P. no oitavo 3 realização enxerto oitavo 8, realizado HGT (92%)

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

As 04:00 hs realizado enxerto oitavo 8.

As 06:00 paciente evolui com instabilidade constante e com um quinze de dias atípicamente medido C.P. no oitavo 3, 6, realizado HGT (113) conforme o item 5, segue aguado de cirurgia e nos cuidados da enfermagem, realizado banho no leito e troca de fralda

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

Assinatura - COREN / Carimbo



Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Costa Ferreira
 Enf: 1102118 Leito: N 5 Setor: 1.01
 Data: 12/03/19 Hora: _____
 Convênio: Bardha
 Peso: _____ Altura: _____

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	9h10	Anotar diurese (frequência/valores)	manhã 2x
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	14h30m	Anotar vômitos (frequência)	0
Preparar paciente para cirurgia	manhã	Anotar evacuações (frequência)	0
Trocár equipamento de soro e extensor a cada 72h	9h	Banho de aspersão ou Banho leito	06
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	14h30m	Manter decúbito elevado S/N	9h
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Ínicio: _____ Término: _____	Aspirar Secrêções S/N	9h
Trocár circuito de oxigênio a cada 48h S/N	—	Estimular / Auxiliar deambulação	—
Trocár curativos 24/24h S/N (Horário)	—	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	9h
Oferecer apoio psicológico	trinta	Aplicar compressas S/N	
Sinais Vitais		Hora: <u>12h30</u>	
		PA <u>140/80</u> T <u>36,4</u> SaO ₂ <u>98%</u> FC <u>68</u> FR <u>12</u> HGT	
		PA _____ T _____ SaO ₂ _____ FC _____ FR _____ HGT _____	

Intercorrências e Observações

(a) 20:30h, paciente GC regrediu a deambulação consciente, orientado, responde corretamente, orientado, orientado das malásias no MEC, intermitente com tosse durante o monólogo no leito, 71 ondas respiratórias, realizou oximetria, aos cuidados de enfermagem.

Maria da Penha Souto Diniz
 Enfermeira de Enfermagem
 COREN-PE 7116.330

(a) 21:00h, realizou HGT = 100 m gdl, paciente manteve respiração no leito, a 18 m/s, c/ bom humor e sínus fisiótico.

Maria da Penha Souto Diniz
 Enfermeira de Enfermagem
 COREN-PE 7116.330

(a) 21:00h, paciente manteve q. ático (3) de pressão médica, sob cuidado de enfermagem, realizou cura terapêutica.

Maria da Penha Souto Diniz
 Enfermeira de Enfermagem
 COREN-PE 7116.330

Assinatura - COREN / Carimbo

Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco César Ferreira
 Enf: _____ Leito: _____ Setor: porto 03
 Data: 12-03-2019 Hora: _____
 Convenio: Bradesco
 Peso: _____ Altura: _____

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	F.N.D	Anotar diurese (frequência/valores)	+
Solicitar exames laboratoriais (Horário)		Anotar vômitos (frequência)	-
Preparar paciente para cirurgia	Aguardando	Anotar evacuações (frequência)	-
Trocar equipamento de soro e extensor a cada 72 H	Cint.	Banho de aspersão ou Banho leito	
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	A.C. (1)	Manter decúbito elevado S/N	S/N
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Inicio: _____ Término: _____	Aspirar Secrêções S/N	60
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	(2)	Estimular / Auxiliar desambulação	
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	(2)	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	S/N
Oferecer apoio psicológico	Cint.	Aplicar compressas S/N	(2)
Sinais Vitais		Hora	
PA 120/80 T FC 85 FR		SaO2 98% HGT	
		PA T FC FR SaO2 HGT	

Intercorrências e Observações

18:00h paciente entrou em ECR, aguardando procedimento cirúrgico. Nem queixas de dor, só momento de ansiedade apertada, mantendo AP, deu um aperto na mão quando feito procedimento (em MIE, medicado com 03).
 Até os cuidados da enfermagem.

Assinatura: Francisco César Ferreira
Data: 12-03-2019

37:00h realizado HGT (2) conforme item 04

18:00h paciente entrou em ECR, com ansiedade apertada, nem queixas de dor, aguardando procedimento cirúrgico. Medicado com 03, balanço de fluidos.
 Cuidados da enfermagem.

Assinatura - COREN / Carimbo



Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Ferreira Leito: 705 Setor: P-02
 Enf: _____ Hora: _____
 Data: 27/02/19 Hora: _____
 Convênio: Bradesco
 Peso: _____ Altura: _____

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Djeta		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	Inicio: _____ 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>R</u>	
		PA <u>140x80</u> T <u>37</u> FC <u>71</u> FR	
		SaO ₂ <u>98%</u> HGT	
		PA T FC FR SaO ₂ HGT	

Intercorrências e Observações

Na 06:00h, realizada HGT=97% eletrodo intacto
3) da prescrição médica, realizou banho no leito
atraso de 30min, com auxílio de enfermeira

Maria da Penha Ferreira
 Enfermeira de Enfermagem
 COREN-PE 718.800

Assinatura - COREN / Carimbo

Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Ferreyro
 Enf: 105 Leito: 105 Setor: Porto 01
 Data: 13/03/19 Hora: 08:00
 Convênio: Bradesco
 Peso: Altura:

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	5h00	Anotar diurese (frequência/valores)	Manhã
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	8h00	Anotar vômitos (frequência)	manhã
Preparar paciente para cirurgia	Segundo	Anotar evacuações (frequência)	manhã
Trocar equipó de soro e extensor a cada 72 H	am	Banho de aspersão ou Banho leito	manhã
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	10h00	Manter decúbito elevado S/N	5h
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: Término:	Aspirar Secrêções S/N	5h
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	3h	Estimular / Auxiliar deambulação	—
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	am	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	manhã
Oferecer apoio psicológico	8h00	Aplicar compressas S/N	5h
Sinais Vitais		Hora	
PA 120x70 36.5°C SaO2 98% FC 61 FR HGT		PA FC	T FR
		SaO2 HGT	

Intercorrências e Observações

As 08:00hs paciente encontra-se T68, consciente orientado, apertil, lento, engolir, respirando com ar ambiente, sem queixas de dores até o momento, medicado com 1a gomada hidratante hirudina 1 ad. evitado de engolir.

Maria Simeone Moreira da Silva
COREN-PE: 882207-TE

As

As 17:30hs paciente encontra-se 81 kgs e sangria

Maria Simeone Moreira da Silva
COREN-PE: 882207-TE

Assinatura - COREN / Carimbo

Relatório de Enfermagem

Nome: Francisca Carlos Ferrey Enf: 105 Leito: Setor: posto 14
Data: 13-09-19 Hora: 20:10
Convênio: Bradesco
Peso: Altura:

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	5 AM	Anotar diurese (frequência/valores)	5 AM
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	À noite	Anotar vômitos (frequência)	À noite
Preparar paciente para cirurgia	Ante operação	Anotar evacuações (frequência)	Ante operação
Trocá equipó de soro e extensor a cada 72 H	À noite	Banho de aspersão ou Banho leito	À noite
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	À noite	Manter decúbito elevado S/N	SN
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Inicio: Término:	Aspirar Secrêções S/N	SN
Trocá circuito de oxigênio a cada 48h S/N	7h	Estimular / Auxiliar deambulação	-
Trocá curativos 24/24h S/N (Horário)	À noite	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	SN
Oferecer apoio psicológico	À noite	Aplicar compressas S/N	SN
Sinais Vitais	Hora	Hora	
	PA 100/70 mmHg, PTT 3592, SaO2 100%, ECG, FR, HGT	PA T FC FR HGT	

Intercorrelações e Observações

As rotas ficam retas da base e engatadas num CBA, com a pontada apoiada sobre o solo, e o resto suspenso no ar, com o topo da quina de dorso apontando para cima. O solo, na borda, é liso e tem 3,6 m de altura de subida.

in 06:00h por ante enclui em GGR, consciente, orientado, apert, com entilação espontânea, com queixas de dor, mantendo AEP, meditador afora de etapa 3 e 4, estupro da bainha nas laterais sacrais. Foi medicado 01 fio de Enzo (boladivertex), 03 ergos, 5ml 5% gr, 30ml cloridrônio, 30ml isoflurano, e realizada enucleação da órbita esquerda. Em tempo médio de etadura 06 de 15cm a 01 de 10cm, 02 com fratura.

Maria Simões Moreno da Silva
COREN-PI: 882207-TE

Assinatura ~ COREN / Carimbo



Hospital São Vicente

Data Atend: 11/02/2019 as 10:08 Atendimeto: 0009739 Quarto/leito: 105 / 0
Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ



CNPJ 10.280.543/0001-603 - Ins. Estadual - Isenta
 Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 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 Kruick	Aldente	Respiração	Circulação	SPO2	Ativ. Musc	Conscie ncia	Horario	FC	PA	FR	T.AX	Vol. Infudido	Diurese	Rubrica
							S.0							
							15 min							
							30 min							
							60 min							
							2 H							
							3 H							
Respiração							Circulação							
<input checked="" type="checkbox"/> 2- Apto a respirador Profundamente <input checked="" type="checkbox"/> 1- Dispneia ou Respiração Limitada <input type="checkbox"/> 0 - Cianótico							<input checked="" type="checkbox"/> 2 - <20% Valor Pré-Operatorio <input type="checkbox"/> 0 - <25% ou >50% Maior Pré-Operatorio <input type="checkbox"/> 0 - <50% Valor Pré-Operatorio							
Respiração							Atividade Muscular							
<input type="checkbox"/> 0 - Spo2 Oxigênio < 90% Recebendo 02 <input checked="" type="checkbox"/> 1-precisa Receber 02 para SpO2 <input checked="" type="checkbox"/> 2-Saturação >92% Recebendo Ar Ambiente							<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Apto Mover 4 Ext <input type="checkbox"/> 1 - Apto Mover 2 Ext <input type="checkbox"/> 0 - Apto Mover 1 Ext							
Consciência							Atividade Muscular							
<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Deserto Totalmente <input type="checkbox"/> 1-Deserto ao Chamar <input type="checkbox"/> 0-Não resp. Estímo Auditivo														
DROGAS USADAS E DOSES														
Anestésicos: <i>Des 7/01/19</i> <i>ketamina 0,5g</i> <i>desonfetamina</i> <i>Fentanil</i> Analgésicos: <i>Paracetamol</i> <i>Decadron</i> Opióide Espinal: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Reversão BMN: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Flumazil: mg Outros:														
PRESCRIÇÃO MÉDICA NA SRPA:														
<input checked="" type="checkbox"/> Instalar oxigênio Contínuo Outros: <i>nitro</i>							Início: <i>15 h 55</i> Termino: <i>18 h 45</i>							
OBSERVAÇÃO / COMPLICAÇÕES														
<i>MDW</i> <i>MDW</i>														

Assinatura: *Flávia Góes da Silva*
 CPF: 368.672.754-47
 CRM: 07442
 ASSINATURA / CARIMBO *W. L. Góes*

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 tibia 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 força.

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

Drº 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:

Data: 11.02.2019 | Hora: 08:10
 Nome: Francisco Carlos Ferreira | Profissão:
 Nome Social:
 Nasc. (dd/mm/aaaa): 21.12.65 | Sexo: Masculino | Estado Civil:
 Escolaridade:
 Mãe: Regina das Paineiras Ferreira | Responsável: Francisco Ferreira 197.
 Endereço: Rua 100, bairro Laranjeiras | Municipio: Laranjeiras | Fone: 9.
 Bairro: Laranjeiras | RG/CPF: 2.938.280
 C.R.A. SUS: 14/05/2019 10:35:14 | Peso: 70 | Altura: 1.70 | Indígena:
 Rua/Cor: Rua 100 | Bairro: Laranjeiras | Peso: 70 | Altura: 1.70 | Indígena:
 Rua/Cor:

Síntese de Queixa:

VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

PA:	P脉搏:	HGT:	T:	SaO2:	Peso:	Glasgow:
Med.:	120/80					
Histórico das Alterações:						
Fluxograma: <input type="checkbox"/> Carimbo e Assinatura:						

APENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Tratamento:

Exame: ASL-0124369/19
* Sintomas: Tiques Espasmodicos
Tratamento: - Voltoxin 75mg - 10mL
- Enx. ASL-0124369/19

Jorge Leite de Lima
 Enfermeiro de Fato
 COREN: 287830-15

ASL-0124369/19
 Dr. Cícero Simões de Lima
 Médico
 CRM-PI/CEP: 127.365.974-04

EXCELSIOR SEGUROS
 11 ABR. 2019
 SEGURO DPVAT

Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

14/05/2019 10:35:14

Data Atend: 11/02/2019

Atendimeto: 0009739

Quarto/Leito: 105 / 0

Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Cirurgia Realizado:

N. do Procedimento:

estetico 14/05/2019 10:35:14
 Dr. Rianne.barbosa 14/05/2019 10:35:14

Data: 13/02/19 Início:

Término

Cirurgião: Dr. Rianne.barbosa 14/05/2019 10:35:14

1º Auxiliar: Peceli 14/05/2019 10:35:14

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRICAÇÃO CIRURGICA:

Sub prestaçao de serviços
 Dr. Rianne.barbosa 14/05/2019 10:35:14
 Josepho, paciente da face
 que sofreu quebra da face
 estetica urinaria;
 01 Haste de quebra
 03 P. Blodico 14/05/2019 10:35:14
 01 P. quebra
 Sutura por suture de fechado

Assinatura do Cirurgião

Adriano Rodrigues

ASL-0124369/19
 rianne.barbosa 14/05/2019 10:35:14

Hospital São Vicente

Data Atend: 11/02/2019	Atendimeto: 0009739	Quarto/leito: 105-F
Paciente: 06075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ		
Data Nasc: 31/12/1965	Idade: 53 Anos	Sexo: Masculino
Profissão: ELETRICISTA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Estado Civil: Solteiro
Nome Pai: LUIZ ALVES FERRAZ	Nome Mãe: LAURA RODRIGUES FERRAZ	
Endereço: RUA SAO SEVERINO, 197-CASA PE	- TRAQUEDO NEVES - SERRA TALHADA	
Telefones: () 11 / (87) 9993.32110		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Suicidio ()	Casual ()	Outros ()
Nome Acompanhanete:	Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante: , 0		
Local da Ocorrencia:		
ANAMNESE E EXAME FISICO:		
<p>ASL - Deficiência de saúde mental, com crises de fobia social, ansiedade, dor e hipersensibilidade. (115)</p> <p>Diagnóstico Inicial: Fobia social, ansiedade, dor e hipersensibilidade.</p> <p>Diagnóstico Final: fobia social, ansiedade, dor e hipersensibilidade.</p>		
Condição de Alta:	Motivo da Alta:	
Melhorada ()	Descrição Médica ()	Data do Internamento: 11/02/19
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	
Plorando ()	Transferência ()	Data da Alta: / /
Obito + 48h ()	Evasão ()	Local: / /
Obito - 48h ()	Indisciplina ()	
Obito em: / /		
Hora: / /		
<p>ASL - Formato de Internação</p> <p>Antônio Rodrigues de Freitas</p> <p>Medico Responsável: 7397</p>		

Hospital São Vicente

Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Atend: 0009739

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

Cito: 105/0

Peso:

Altura:

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

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	5h00	Anotar diurese (frequencia/valores)	Presente
Solicitar exames laboratorios (Horário)	A Contra	Anotar vômitos(frequencias)	ausente
Preparar paciente para cirurgia	entre	Anotar evacuações (frequencia)	ausente
Trocar equipo de soro e extensor a cada 72 H	entre	Banho de aspersão ou Banho Teito	iente
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	A Contra	Manter decúbito elevado S/N	-5h
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Inicio: A Contra	Aspirar Secrêções S/N	5h
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	5h	Estimular /Auxiliar deambulação	5h
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	entre	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	5h
Oferecer apoio psicológico	entre	Aplicar compressas S/N	5h

Intercorrelações e Observações

Do 11:30 hs paciente em extrema dor intensa hospitalar, tratamento cirúrgico, consciente, orientado, relaxado, com hidratação, ventilação adequada, com nível de alerta elevado, momento: intenso em 10/10, paciente relata dor diabólica, uso de alívio de dor, uso de hipotensores e alívio medicamentoso, **NAO ALERGICO**, realizado A10 usada os fármacos: 01 mg de morphina, medicação C. e no ester 3,4, 1/2 corgam a fentanil, resultado HGT (111) contorno 0/10, 1. regular respiração lenta, com alterações da consciência.

As 16 horas realizado tricôndilo C. e no. 708, resultado 0/10, 10:00 hs paciente entrou em ócio mantendo nível de alerta moderado, com queixas medindo C. e no. 708, realizando HGT (102), mantendo AVP, guarda eletro eletrocardiogramas e Esgangue regular com cuidado da espirros.

Maria Simone Ferreira da Silva
COREN-PE 0881007-COREN-PE 002207-1

ASL-0124369/19
raianne.barbosa
14/05/2019 10:35:14

Relatório de Enfermagem

Nome: Raianne Batista Faria Leito: 309 Setor: 04
 Enf: 309 Leito: 309 Setor: 04
 Data: 14/05/2019 Hora: 10:35
 Convênio: 04
 Peso: 65.14 Altura: 1.65

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta:	5w/3	Anotar diurese (frequência/valores)	5w/3
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	A/3	Anotar vômitos (frequência)	A/3
Preparar paciente para cirurgia	5w/3	Anotar evacuações (frequência)	5w/3
Trocar equipo de soro e extensor a cada 72 H	5w/3	Banho de aspersão ou Banho leito	5w/3
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	5w/3	Mantener decúbito elevado S/N	5w/3
Administrá Oxigênio conforme prescrição médica	5w/3	Aspirar Secrêções S/N	5w/3
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	5w/3	Estimular / Auxiliar deambulação	—
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	5w/3	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	5w/3
Oferecer apoio psicológico	5w/3	Aplicar compressas S/N	5w/3

Sinais Vitais	Horário	Horário
PA 120/70 T 36.9°C SaO2 98% FC 72 FR 20 HGT	PA T SaO2 FC FR HGT	PA T SaO2 FC FR HGT

Intercorrências e Observações

Na 18:00h paciente iniciou um vômito constante, com vômito espesso, incolor, ligeiramente espesso e com conteúdo, com episódios de dor no abdômen e intensidade 4/10 com alívio, quando procedeu a lavagem gástrica e remoção de material de origem gástrica. C.P. M. em seguida no leito e com auxílio de enfermeiros.

Maria Simões Moreira da Silva
COREN-PE: 882207-TE

Na 20:00h paciente medicado c.p. e cito 6, realizado enema que constipou a cito 3.

Maria Simões Moreira da Silva
COREN-PE: 882207-TE

Na 21:00h paciente medicado c.p. e cito 3, realizando RAI (92) e enema, h. realizado enema esp. constipou a cito 3.

Maria Simões Moreira da Silva
COREN-PE: 882207-TE

Na 06:00h paciente medicado c.p. e cito 5, realizando enema que constipou a cito 3 e medicado c.p. e cito 5, realizando RAI (13) constipou a cito 5, que auxiliando cito 3 e cito 5 constipou a cito 5, medicado enema no leito e cito 5.

Assinatura - COREN / Carimbo Maria Simões Moreira da Silva
COREN-PE: 882207-TE

Relatório de Enfermagem

Nome: Raianne Barbosa Leitor: Raianne Barbosa
 Enf: 14/05/2019 Setor: Pronto 01
 Data: 13-01-2019 Hora: 10:35:14
 Convênio: Scadubanca
 Peso: 60 Altura: 1,64

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	N.D.	Anotar diurese (frequência/valores)	+
Solicitar exames laboratoriais (Horário)		Anotar vômitos (frequência)	-
Preparar paciente para cirurgia	Agendada	Anotar evacuações (frequência)	-
Trocar equipamento de soro e extensor a cada 72h	72h	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	Inicio: Término:	Aspirar Secrêtores S/N	
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	12h	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	Cint.	Aplicar compressas S/N	
Sinais Vitais		Horário	Horário
PA 120/80		SaO ₂ 98%	PA
FC 85 FR		HGT	FC
			T
			SaO ₂
			HGT

Intercorrências e Observações

18:00h paciente entrou em EGR, aguardando pronto atendimento. Nem queixas de dores até 08 minuto. Conforme paciente é afibril, mantendo A.R. baixos, sem auxílio na respiração aguardando procedimento em MIE, registrado c/ data 20 círculos da enfermagem.

19:37:00 realizada HGT 121 confirmado D1

19:38:00 paciente entrou em EGR, constante orientado a afibril, sem queixas de dor, aguardando procedimento clínico medicando com cital 03, bolo 11, cedex 1 da enfermagem.

Assinatura - COREN / Carimbo

Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Costa Ferreira
 Enf: Leito: 105
 Data: 14/05/2019
 Hora: Setor: 7-02
 Convênio: Plataforma
 Peso: Ajuda:

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 equipamento de soro e extensor a cada 72 H		Banho de aspersão ou Banho leito	
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)		Mantener decúbito elevado S/N	
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Inicio: _____ 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>10:35:14</u>	
PA <u>140/80</u> mmHg		SaO ₂ <u>98%</u>	
FC <u>71</u> FR		PA <u>140/80</u> mmHg	
HGT		SaO ₂ <u>98%</u>	
HGT		FC <u>71</u> FR	

Intercorrelações e Observações:

Maria da Penha da Costa
 Titular de Enfermagem
 COREN-PE 714450

Assinatura - COREN / Carimbo

Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Faria Edf: 105 Leito: Setor: 105
Epf: 105 Data: 13/02/69 Hora: 08:00
Convênio: 105 Peso: Altura:

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	3h00	Anotar diurese (frequência/valores)	Intervale
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	8h00	Anotar vômitos (frequência)	20h00
Preparar paciente para cirurgia	agendado	Anotar evacuações (frequência)	durante
Trocar equipé de soro e extensor a cada 72h	ante	Banho de aspersão ou Banho leito	ante
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	8h00	Mantener decúbito elevado S/N	5h
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Inicio: Término:	Aspirar Secreções S/N	5h
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	3h	Estimular/ Auxiliar deambulação	—
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	ante	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	ante
Oferecer apoio psicológico	este de	Aplicar compressas S/N	5h

Intercorrências e Observações

do 07:00h paciente encontra-se ESG, consciente orientado,
aperturado, respira regularmente em ritmo acelerado,
sem episódios de dores agudas, medicado com:
200mg de propranolol e 100mg de ibuprofeno.
Internado.

Maria Simone Moreira da Silva
COREN/PI 882207-TE

Aeroflot - COBEN / Carimbo

Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Ferreira
Enf: 1506 Leito:
Data: 15/09/14 Hora: 00:00
Convênio: Trabalhista
Peso: Altura:

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	5:00	Anotar diurese (frequência/valores)	05:00
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	10:00	Anotar vômitos (frequência)	10:00
Preparar paciente para cirurgia	12:00	Anotar evacuações (frequência)	12:00
Trocá-lo de soro e extensor a cada 72h	07:00	Banho de aspersão ou Banho leito	07:00
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	14:00	Manter decúbito elevado S/N	14:00
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: 14:00 Término:	Aspirar Secrções S/N	14:00
Trocá-lo de oxigênio a cada 48h S/N	7:00	Estimular / Auxiliar deambulação	7:00
Trocá-lo curativos 24/24h S/N (Horário)	06:00	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	06:00
Oferecer apoio psicológico	14:00	Aplicar compressas S/N	14:00

Intercorrelações e Observações

do 94: sobre projeto dedicado ao nºs 3, 4 Maria Simões Moreira da Silva
COREN-PE: 8822937-TE

As 06 espécies parentais mediram 66,6 centímetros de comprimento apical, com entalhes simétricos, com queixos de dor e na taca APP, mididos em 6 espécimes de idade 3,4, desejando assim os futuros parentais. Foi medida a altura de cada milímetro de comprimento APP, 30cm, 30cm, 30cm, 30cm e 30cm, e os resultados da medida da espessura em todos os espécimes de 34cm, 23 de 30cm, 02 com 20cm.

Assinatura - COREN / Carimbo



Hospital São Vicente

Data Atend: 11/02/2019 as 10:08	Atendimeto: 0009739	Quarto/leito: 105 / 0
Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ		

Data	Hora	Evolução Médica
11/02		<i>Desconhece leus pâches desconhece, fizeramato não tempro - se exame exame de 10:08</i>
13/02		<i>13/02/2019 10:08 exame de 10:08</i>
13.2.19		<i>exame de 10:08 H.B.</i>
14.2.19		<i>14.2.19 10:35.14 exame de 10:35.14</i>
		<i>ASL 0124369/19 14/05/2019 10:35.14</i>
		<i>ASL 0124369/19 14/05/2019 10:35.14</i>
		<i>ASL 0124369/19 14/05/2019 10:35.14</i>

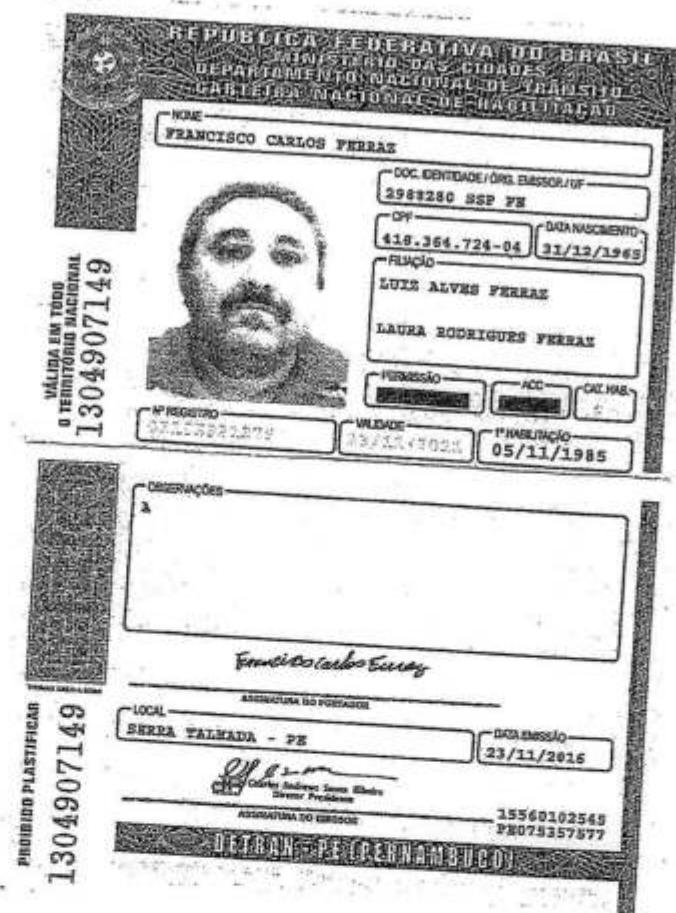
CNPJ 10.280.543/0001-603 - Isoc. Estadual - Isenta
 Rua Inocêncio Gomes de Andrade, N.º 603 - centro
 Fone (87) 3831-9150 - Serra Talhada - PE
 CNPJ: 10.280.543/0001-63

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: 14/05/2019														
Índice	Alento	Respiração	Circulação	SPO2	Aliv. Musc	Conscie ncia	Horário	FC	PA	FR	T.AX	Vol. Infusão	Durese	Rubrica
							S.0							
							15 min							
							30 min							
							60 min							
							2 H							
							3 H							
Respiração							Circulação							
<input checked="" type="checkbox"/> 2- Apto a respirador Profundamente <input checked="" type="checkbox"/> 1- Dispneia ou Respiração Limitada <input type="checkbox"/> 0 - Cianótico							<input checked="" type="checkbox"/> 2 - <20% Valor Pré-Operatório <input type="checkbox"/> 0 - <25% ou >50% Maior Pré-Operatório <input type="checkbox"/> 0 - <50% Valor Pré-Operatório							
Respiração							Atividade Muscular							
<input type="checkbox"/> 0 - Spo2 Oxigênio < 90% Recebendo O2 <input checked="" type="checkbox"/> 1-precisa Receber O2 para SpO2 <input checked="" type="checkbox"/> 2-Saturação >92% Recebendo Ar Ambiente							<input checked="" type="checkbox"/> 2 - Apto Mover 4 Ext <input type="checkbox"/> 1 - Apto Mover 2 Ext <input type="checkbox"/> 0 - Apto Mover 1 Ext							
Atividade Muscular							Consciência							
							<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Deserto Totalmente <input type="checkbox"/> 1-Deserto ao Chamar <input type="checkbox"/> 0-Não resp. Esôfago Auditivo							
DROGAS USADAS E DOSES														
Anestésicos: <i>14/05/2019 10:35:14</i> <i>ketamina 100 mg</i> <i>desonfanil</i> <i>febreñil</i> Analgésicos: <i>14/05/2019 10:35:14</i> <i>paracetamol</i> <i>decotion</i> Opióide Espinal: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Reversão BMN: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Flumazil: mg Outros:														
PRESCRIÇÃO MÉDICA NA SRPÁ														
<input checked="" type="checkbox"/> Instalar oxigênio Contínuo Início: <i>14/05/2019 10:35:14</i> Termino: <i>14/05/2019 10:35:14</i> Outros: <i>14/05/2019 10:35:14</i>														
OBSERVAÇÃO / COMPLICAÇÕES														
<i>14/05/2019 10:35:14</i> <i>14/05/2019 10:35:14</i>														
														
CNP: 348.87.754-7 CRM: 0041														
ASSINATURA / CARMPO														
EXCELSIOR SEGUROS 11 ABR. 2019 SEGURO DPVAT														

11/02/19

9.9933-2160



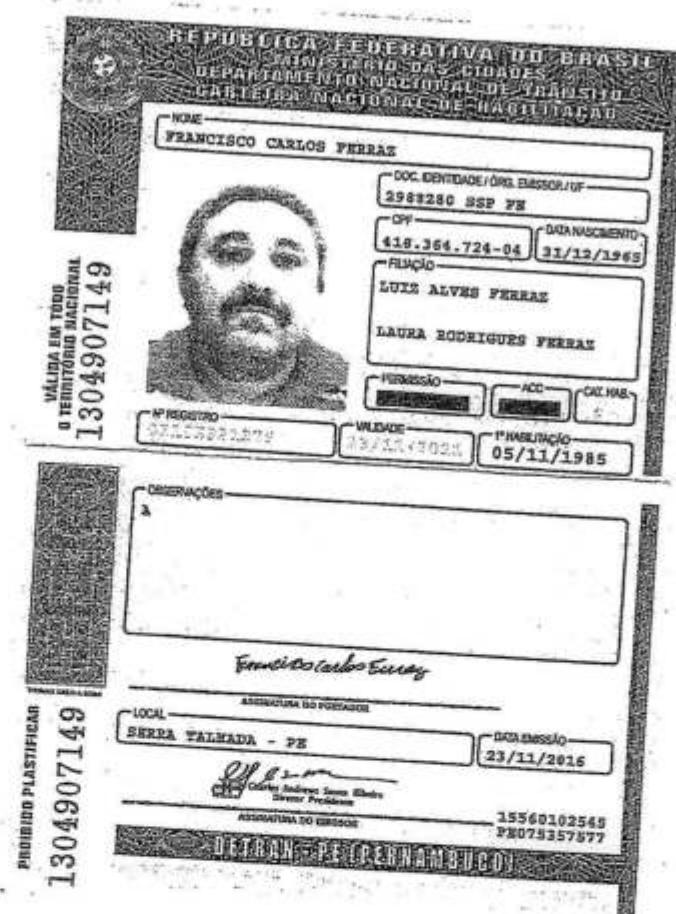
EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

11/02/19

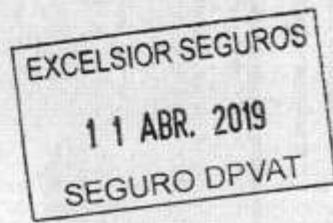
9.9933-2160



EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

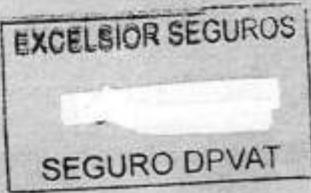
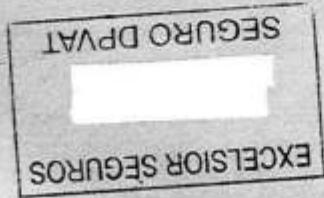


EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



RECIBO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR MEIO DE VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE NATURESTRE QUATORZENAS CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS DIA 01/01/2001, SEU N.º SEGURO DPVAT		
BILHETE DE SEGURO DPVAT		
PE N° 7289408951	NOME/ENDEREÇO	
CICERO MOCUFIRA DOS SANTOS RUA OLÍMPICO WANDERLEY S AP - CENTRO TRIUNFO-PE		
CPF / CNPJ	PLACA	
462.049.224-20	KIA 2275	
BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÉNIO		
PE N° 7289408951	NOME/ENDEREÇO	
CICERO MOCUFIRA DOS SANTOS RUA OLÍMPICO WANDERLEY S AP - CENTRO TRIUNFO-PE		
PERÍODO -	DATA EMISSÃO	
2008	13/03/08	
BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÉNIO		
PE N° 7289408951	NOME/ENDEREÇO	
CICERO MOCUFIRA DOS SANTOS RUA OLÍMPICO WANDERLEY S AP - CENTRO TRIUNFO-PE		
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	442.048.224-20	KIA 2275
ANO/FAT	DATA/FAT	MARCA / MODELO
676	5/2008	FORD / F 1000 HSD X1
ANO/FAT	DATA/FAT	CLASSE
13/2	10	98F02UFHVA0839051
PAGAMENTO DE SEGURO DPVAT		PAGAMENTO DPVAT
C/ (R) _____		C/ (R) _____
S/ C/ (R) _____		S/ C/ (R) _____

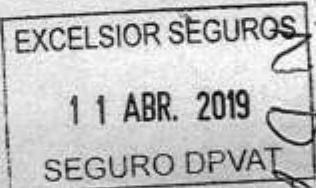
REMETENTE: MELO LIMA
GEORGE CARLOS
RUA - ANTONIO TOME DE SOUSA N° 523
BAIRRO SÃO CRISTÓVÃO - SERRA TALHADA PE
CEP 56.903-220



DESTINATARIO
EXCELSIOR SEGUROS
AV. MARQUES DE OLINDA, 175
RECIPIENTE
RECIFE
C.E.P. 50030-000
TEL. (041) 81-3087-9200

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

11-04-2019
11-04-2019



REMETENTE :
GEORGE CARLOS MELO LIMA
RUA - ANTONIO TOME DE SOUSA Nº 523
BAIRRO SÃO CRISTÓVÃO - SERRA TALHADA PE
CEP 56.903-220

