



Número: **0001491-11.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **22/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.312,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO CARLOS FERRAZ (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56641546	20/01/2020 10:16	2645626_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_02	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE

Processo: 00014911120198173370

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO CARLOS FERRAZ**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO RECEBIMENTO INTEGRAL DE INDENIZAÇÃO

LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL

Primeiramente, cumpre esclarecer que o autor alega ter sido vítima de acidente automobilístico e que em decorrência deste veio a sofrer lesões de caráter permanente ingressando com a presente demanda.

Assim ingressou com pedido administrativo e após o crivo medico da seguradora recebeu o valor de R\$ 1.687,50(mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) de acordo com a lesão no tornozelo esquerdo com gradação em 50%.

Ocorre que o autor já sofrera acidente diverso em **09.11.2005**, onde recebeu administrativamente R\$ 3.774,25(três mil e setecentos e setenta e quatro reais e vinte e cinco centavos) e R\$ 16.735,62(dezesseis mil e setecentos e trinta e cinco reais e sessenta e dois centavos), judicialmente, onde tramitou sob o número 00062181820088170001.

Desta forma, temos que o autor já recebeu por invalidez permanente o valor total de R\$ 22.197,37(vinte e dois mil e cento e noventa e sete reais e trinta e sete centavos).

Por fim, pugna a Ré pela cautela, uma vez que o autor já recebeu conforme a Lei 11.945/2009, ou seja, nos **casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber além deste valor alegando novo sinistro e nova lesão**, o que levaria a parte autora a beneficiar-se economicamente as expensas da ré e sob o manto do Poder Judiciário, não podendo receber além do limite máximo indenizável.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



DO LAUDO PERICIAL

Caso o alegado acima não seja acolhido pelo Douto Juízo, cumpre ressaltar que a parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no membro inferior esquerdo com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT		
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



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

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando a mesma lesão antes detectada pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no membro inferior esquerdo com repercussão média (50%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no membro inferior esquerdo com repercussão leve (25%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão média (50%), uma diferença gradual de 25%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SERRA TALHADA, 17 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0001491-11.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **22/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.312,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO CARLOS FERRAZ (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56641548	20/01/2020 10:16	ANEXO 1	Outros (Documento)

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:

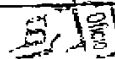
1. Outorgante FRANCISCO CARLOS FERRAZ,
portador(a) do documento de identidade nº 2988280, expedido por SSP-PE,
em 27/11/2014 inscrito no CPF sob o nº 919.364.724-04, residente na
SÃO SEVERINO, nº 197,
complemento CASA, Bairro COMARCA / TANQUEIRO, cidade MEVES,
SERRA TALHADA, Estado PE, Data do acidente 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 24/02/19 inscrito no CPF sob o nº 008445324-99, residente na
ANTONIO TOME DE SOUZA, nº 573,
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTOVÃO, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem 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 Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: RMC/NALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (81) 38311.924

Recebi a Firma por Autenticidade de FRANCISCO CARLOS FERRAZ - Dou. Pe. Serra Talhada - PE - Rm. Tesv () da verdade () Rm/Nalido Anísio da Silva - Autent. L. Maria Lúcia de Souza - Substituta - 05/3/2019 - TENC - R\$ 0,40 - EPM - R\$ 0,40 - ISS - R\$ 0,20.
Selo: 5074672.CBX02201902.03821 28/02/2019 13:23:48
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/kalodigital

Maria Lúcia de Souza
Substituta

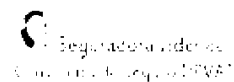
EXCELSIOR SEGUROS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

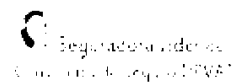
Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36

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

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 11/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO CARLOS FERRAZ

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

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

Pag. 00511/00512 - carta_02 - INVALIDEZ

00060256



Carta nº 14339039





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

Pag. 00119/00120 - carta_02 - INVALIDEZ

00060060



Carta nº 14473148





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, 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: 418.364.724-04 Nome completo da vítima: FRANCISCO CARLOS FERRAZ
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS: REND. MENSAL, DESP. MÉD. E SUPLEM., RES. MENSAL, DESP. MÉD. E SUPLEM., RES. MENSAL, DESP. MÉD. E SUPLEM.
Nome completo: FRANCISCO CARLOS FERRAZ CPF: 418.364.724-04
Profissão: ELETRICISTA Endereço: SÃO SEVERINO Número: 197 Complemento: CASA
Bairro: PACENONOVES COLAB Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE CEP: 56.900-000
E-mail: _____ Tel. DDD: 879 Número: 99981472

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

REND. 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 CADASTRAIS
☒ 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 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 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 à região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende à 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 INÍCIO BENEFICÁRIOS (PREENCHIMENTO OBRIGATORIO) COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civ.) ☐ 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
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 afetado

Local e Data, Rio de Janeiro 17.04.19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Carlos Ferraz
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

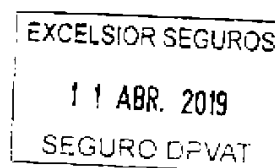
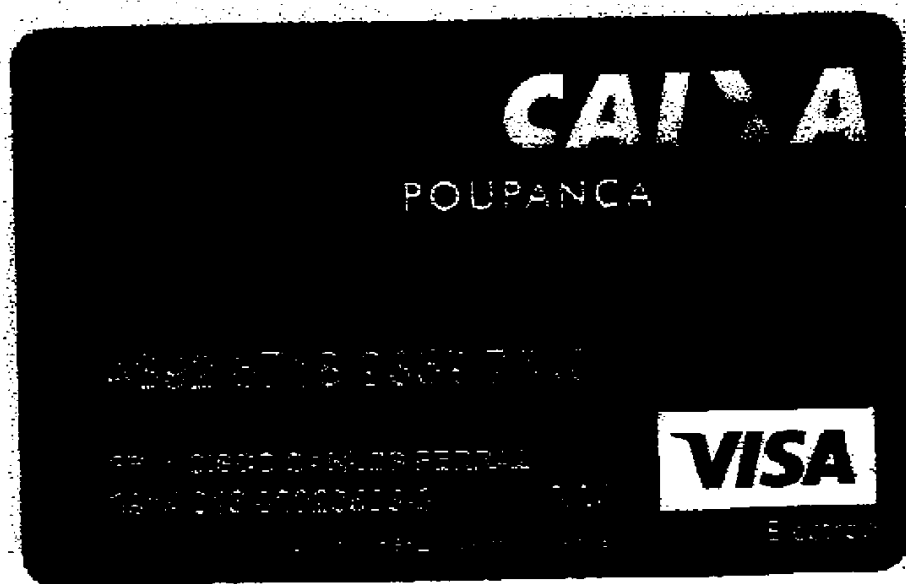
Francisco Carlos Ferraz
Assinatura do Procurador (se houver)

EXCELSIOR SEGUROS
Assinatura

11 ABR. 2019

(*) 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.

FPS.D01 V001/2018



ASL-0124369/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA 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)

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 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**

28/02/2019 12:25



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O QUEIXOSO ACIMA QUALIFICADO PARA COMUNICAR O ACIDENTE DO QUAL FORA VITIMA; SEGUNDO CONTOU, TERIA LEVADO O CARRO DA EMPRESA NA QUAL TRABALHA PARA OFICINA TRÊS IRMÃOS, AS 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 VITIMA O ATINGIU PELAS COSTAS; QUE A VITIMA 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 VITIMA 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 VITIMA 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 VITIMA FOI CONDUZIDA AO HOSPAM, FICANDO AO CUIDADOS DO ENFERMEIRO JAMES LEITE DE BRITO, COREN 287830-IS, PRONTUÁRIO 34; A VITIMA 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**

28/02/2019 12:25





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 PRIMA DEPENDENTE: NENHUMA PESSOA (CÓPIA DA IDENTIDADE DO SEGURADO) Nº 4437-002		
Nome completo:	CPF:	
FRANCISCO CARLOS FERRAZ	418.364.724-04	
Profissão:	Endereço:	Número:
ELETRICISTA	SÃO SEVERINO	197
Complemento:	Cidade:	CEP:
CASA	SERRA TALHADA	56.900-000
Estado:	CEP:	
PE	56.900-000	
Telex (DDD):		
879 94925472		

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

RECEITA 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 DA CONTA BANCÁRIA PARA DEPOSITO DE RENDIMENTO: ASSINALE UMA DAS OPÇÕES	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
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 IMPLICAÇÃO DO ACIDENTE EM PROCESSO 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.	
Por 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.	

DECLARAÇÃO DE UNIDADE DE RESIDÊNCIA DO SEGURADO E DO BENEFICIÁRIO	
Estado civil da vítima:	Data do óbito da vítima:
☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	
Grau de Parentesco com a vítima:	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não
Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não	Se a 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 original da vítima ou beneficiário não a substitui	Local e Data: Recife 11.04.2019	TESTEMUNHAS
	Nome:	1º Nome:
	CPF:	CPF:
		Assinatura
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2º Nome:
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF:
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura
	Assinatura do Procurador (se houver)	EXCELSIOR SEGUROS
		Assinatura
		11 ABR. 2019

(*) 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.

FP5.001 V001/2018





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 PRIMA DEPENDENTE: NENHUMA PESSOA COM VITIMA TENECA (RIS) - ARGUMENTOS: NENHUM		
Nome completo:	CPF:	
FRANCISCO CARLOS FERRAZ	418.364.724-04	
Profissão:	Endereço:	Número:
ELETRICISTA	SÃO SEVERINO	197
Complemento:	Cidade:	CEP:
CASA	SERRA TALHADA	56.900-000
Bairro:	Estado:	CEP:
MANCENONUEUS COHO	PE	56.900-000
E-mail:		Tel. (DDD):
		879 94925472

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

RENDIA 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 DA CONTA BANCÁRIA PARA INDEFERIMENTO ASSINARE UMA ÚNICA OPÇÃO	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
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 IMPLACAMENTO DE IMPEDIMENTO COM ENTREGA DE ATUALIZAÇÃO 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.	
Por 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.	

DECLARAÇÃO DE UNIDADE DE RESIDÊNCIA DO ACIDENTADO E DO BENEFICIÁRIO	
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 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.	

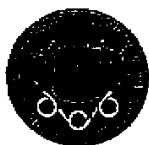
Impressão original da vítima ou beneficiário não a substitui	Local e Data: Recife 11.04.2019	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1º Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
		Assinatura
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2º Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura
	Assinatura do Procurador (se houver)	EXCELSIOR SEGUROS
		Assinatura
		11 ABR. 2019

(*) 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.

FP5.001 V001/2018





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



Cap QOC/BM CARLOS ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR

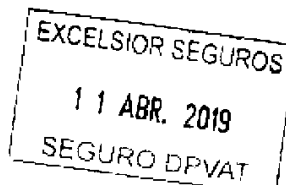
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 026 DOp./2019

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 CARLOS ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR

3º Grupamento de Bombeiros. BR 232 (Av. Vicente Inácio de Oliveira), Km 413, Cachoeira II, Serra Talhada, PE. CEP: 56.806-000. 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





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, Bom Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50055-502
CNPJ 10.635.822/0001-56 | fone: 3181.0054-33 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE - -
FRANCISCO CARLOS FERRAZ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SAO SEVERINO 197 SAO RO
TANCREDO NEVES

CPF 418 364 734-04

CONHABITANTE TAMBÉM
SERRA TALHADA PE
50900-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

NOTA CONTRATADA 01/2019
2095009037

DATA DE VENCIMENTO 08/02/2019
DATA DE VENCIMENTO 25/02/2019

NUM. DA NOTA FISCAL 04853406
SITUAÇÃO UNICA
DATA DE EMISSÃO 26/01/2019
DATA DE EMISSÃO 26/01/2019

TOTAL DA FATURA 139,42

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo: Alvo (VAT)	180,000000	0,71972025	129,55
Contrib. Ref. Pública Municipal			9,86
ICMS Subvenção-CDE NF 048537715-27/11/18			1,20

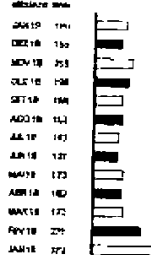
TOTAL DA FATURA

139,42

DEMONSTRATIVO DE CREDITO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO	TIPO DA	ANTERIOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
100000	DATA	27/01/2019	2095009037	139,42	27/01/2019	139,42	27/01/2019	139,42

RESUMO DO CONSUMO



DESCRIÇÃO DOS IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	32,36
PIS	0,65	0,91
COFINS	3,00	3,89

CONSUMO POR CONSUMIDOR

Consumo de Energia	R\$	%
Transmissão	8,12	4,00%
Distribuição (Custos)	20,07	14,44%
Perdas de Energia	1,14	0,82%
Energia Comercial	7,48	5,36%
Taxação	32,37	23,17%
Total	69,18	49,79%

CONSUMO POR CONSUMIDOR

Consumo de Energia	R\$	%
Transmissão	8,12	4,00%
Distribuição (Custos)	20,07	14,44%
Perdas de Energia	1,14	0,82%
Energia Comercial	7,48	5,36%
Taxação	32,37	23,17%
Total	69,18	49,79%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para a verificação dos dados de consumo, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por conferir os dados de consumo e, em caso de divergência, entrar em contato com a Companhia Energética de Pernambuco. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido dos dados de consumo.

EXCELSIOR SEGUROS

1 ABR. 2019

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, Bom Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50055-502
CNPJ 10.635.822/0001-56 | fone: 3181.00543-31 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE - -
FRANCISCO CARLOS FERRAZ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SÃO SEVERINO 197 BAIRRO
TANCREDO NEVES

CPF 418 364 734-04

CONHABITANTE TÁLIA MARIA
SERRA TALHADA DE
SOUZA

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

NOTA CONTRATADA 01/2019
2095009037

DATA DE VENCIMENTO 08/02/2019
DATA DE VENCIMENTO 25/02/2019

TOTAL DA FATURA 139,42

NOTA FISCAL Nº 04853406
SÉRIE ÚNICA
DATA DE EMISSÃO 26/01/2019
Nº DE CANCELAMENTO 2001152/153
DATA DE CANCELAMENTO 26/01/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo: Alvo (VAT)	180,000000	0,71972022	129,55
Contrib. Ref. Pública Municipal			9,86
ICMS Subvenção-CDE NF 048537715-27/11/18			1,20

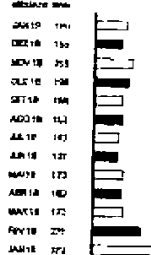
TOTAL DA FATURA

139,42

DEMONSTRATIVO DE CREDITO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO	TIPO DA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
154812	DAT	15/11/18	27/01/2019	26/01/2019	02/12/18	1/12/18		180,00

ANEXO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE CREDITO

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO CREDITO
ICMS	7,00%	25,00
PIS	0,65%	0,96
COFINS	3,00%	2,70

CONSUMO POR COMPONENTE

Componente	Valor (R\$)	Porcentagem
Consumo de Energia	129,55	92,92%
Transmissão	9,86	7,08%
Distribuição (Custos)	20,07	14,46%
Perdas de Energia	1,14	0,82%
Encargos Financeiros	7,48	5,36%
Tributos	2,17	1,56%
Total	139,42	100,00%

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

Consumo (KWh) 180,00

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR 2019

SEGURO DPVAT



DADOS DO CLIENTE
NOME: ALEXANDRE VIEIRA

ENTREPRENEURIAL LEADERSHIP CONSULTANTS
FOR GROWING TECHNOLOGY BUSINESSES

REF ID: A64441

ALTO DA MONTE CAOSERRA TALHADA
SERRA TALHADA 2
56903-220

CLASS: PCCAD
#1: REASONING
#2: SPOON

Nº DA VOTA FISCAL		SERIE	EMISSÃO	DATA DE EMISSÃO		DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
000110001		00000000	14/03/2019	27/03/2019		17/04/2019	
APRIM. PAGAD		Nº DO CLIENTE	VOTO INSTALAÇÃO		TOTAL A PAGAR (R\$)		
403,62		00000000	00000000		198,00		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Água kWh	728,000000	0,12280324	89,20
Estatística - Prefeitura Municipal			6,66
OMS Subvenção-COE-PA 040605624-157-112			1,28
OMS Subvenção-COE-PA 040644074-157-112			1,34
Depósito PAE - 0500-152-112			12,93
TOTAL DA FOLHA			129,37

[illegible][illegible]

As informações gerais do
 seu resumo (título, autores,
 a ID CDS, a data, período de
 tempo e o endereço) e a lista de
 autores e a descrição, por
 exemplo, do conteúdo principal de
 seu trabalho, são
 www.cds.cornell.edu

EXATIDÃO E PRECISÃO DAS INTERUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
COLABORANTE	TEMPO ANALISADO	TEMPO INTERUPÇÃO	TEMPO TOLERÂNCIA	TEMPO TOLERÂNCIA	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
STC	0,00	0,00	0,00	0,00		
PC	0,00	0,00	0,00	0,00		
UAC	0,00	0,00	0,00	0,00		

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: 4020-1595 / 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/BIBLIOTECABEB/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

DLORL001 V001/2017





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: 4020-1595 / 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/BIBLIOTECABEB/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.

Peço 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>	CEP: <u>56.903-220</u>
E-mail:	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

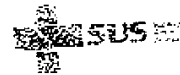
11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

DLORL001 V001/2017



Permutado



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA				Nº.
Data: 11.02.2019				34
Nome: Francisco Carlos Faria		Profissão:		
Idade: 30.12.15		Estado Civil:		
Residência: 20.12.15		Responsável: Dr. militar		
Município: São Paulo		UF: SP		
Endereço: Rua...		Número: 197		
Bairro: ...		Município: ...		
CEP: ...		Telefone: ...		
Etnia: ...		Indígena: ☐		
Cor da pele: ...		Azul: ☐		

Situação Clínica:	
Painel: ...	
Sinais vitais: ...	
Exames complementares: ...	
Observações: ...	

História e Exame físico:	
... (transcrição da história clínica) (transcrição do exame físico) ...	
Tratamento:	
... (transcrição do tratamento) ...	
Assinatura do Médico:	
Dr. Cicero Simões de Lima Médico CRM: 67560/SP	

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:
<i>Artroscopia</i> <i>de joelho E</i>		
Data: 18/02/19	Início:	Término
Cirurgião: <i>Antonio</i>		
1º Auxiliar: <i>Reinaldo</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Luiz</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Subluxação anterior</i> <i>MI + ligamento cruzado anterior</i> <i>fecho E. Marcas da faceta</i> <i>prossimidade eixo e tilot +</i> <i>artroscopia usamos:</i> <i>01 Haste bloqueante</i> <i>03 p. Bloqueante</i> <i>01 p. curativo</i> <i>Sutura por suture reativo</i>		
		Assinatura do Cirurgião

Antonio 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
Profissão: ELETRICISTA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Estado Civil: Solteiro
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 ()		Telefone de Contato: ()
Nome Acompanhante:		Endereço Acompanhante: 0
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:		
<i>Lesão traumática MIE</i> <i>de ferimento de penetração por</i> <i>arma de fogo, com lesão</i> <i>funcional MIE</i>		
Diagnóstico Inicial: <i>ferimento aberto</i>		
SADT: <i>deferido para</i> <i>TPAS</i> <i>unidade</i> <i>6102</i>		
Diagnóstico Final: <i>ferimento aberto</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Meiorada ()	Descrição Médica ()	Data do Internamento: <i>11, 02, 19</i>
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: _____
Piorando ()	Transferência ()	Local: _____
Óbito + 48h ()	Evasão ()	
Óbito - 48h ()	Indisciplina ()	
Óbito em _____		
Hora: _____		
		Antônio Rodrigues de Freitas Médico Responsável <i>7357</i>





Hospital São Vicente

Data Atend: 11/02/2019	Atendimento: 0009739	Quarto/leito: 105 / 0
Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ		
Cirurgia Realizado:		N. do Procedimento:
<i>est. abdominal</i> <i>Yipilin F</i>		
Data: 13/02/19	Início:	Término:
Cirurgião:		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista:		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Del. preterea. Abdomen</i> <i>MIE + fígado + face posterior</i> <i>fígado E. R. deca. da face</i> <i>fígado E. R. deca. da face</i> <i>est. abdominal</i> <i>01 Haste bloqueada</i> <i>03 P. Bloqueada</i> <i>04 P. bloqueada</i> <i>Sutura por suture reativo</i>		

Assinatura do Cirurgião

Antonio Rodrigues





Hospital São Vicente

Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ

Attend: 0009739

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

Leito: 105/0

Peso: _____ Altura: _____

Peso:		Altura:	
Sinais Vitais	Hora	Hora	
PA 130x90	36°C	SAO2 97%	
FC 64	FR	HGT	

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

Intercorrelações e Observações

[illegible]

~~Mario Simons Moreira da Silva~~
~~COREN-PR/000007 - COREN / Carimbo~~



e: Francisco Cuba Ponce

Sinais Vitais	Hora 222	Hora
	PA 120 T 36,4 SaO2 97,7 FC 68 FR HGT	PA T SaO2 FC FR HGT

Intercorrências e Observações

Maria da Rocha Souza Costa
 Diretor de Enfermagem
 COREN-PE 718.430

Marla da Penha Soares Dantas
Fevereiro de 1973
CIREN-SP-14.830

INSTITUTO DE PESQUISA SOCIAL DO RJ
CURSO DE ECONOMIA
COORDENADOR: DR. JOSE ROBERTO

Assinatura – COREN / Carimbo



Relatório de Enfermagem

Nome: Francisca Cinto Ferreira
 Enf: Leitor: Setor: ponto 05
 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	Cinto	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: Término:	Aspirar Secreções S/N	in
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	in	Estimular / Auxiliar deambulação	
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	in	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	in
Oferecer apoio psicológico	Cinto	Aplicar compressas S/N	in
Sinais Vitais	Hora PA 120x80 FC 85 FR SaO2 98% HGT		Hora PA T FC FR SaO2 HGT

Intercorrências e Observações

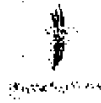
As 8:00h paciente evolui em EGR, aguardando procedimento cirúrgico. Sem queixas de dor, no momento. Condição geral estável, mantendo AP2, segue em repouso na sala aguardando procedimento em ANIE, medicado de acordo com cuidados de enfermagem.

As 17:00h realizada HGT - 123 Confirme item 04

As 18:00h paciente evolui em EGR, Condição geral estável, sem queixas de dor, aguardando procedimento cirúrgico, medicado com item 03, de acordo com cuidados de enfermagem.

Assinatura - COREN / Carimbo





Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Gomes
 Enf: 105 Setor: 1-02
 Data: 15/03/19 Hora: 14:00
 Convênio: União
 Peso: 70 Altura: 1,70

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	Horário PA 120/80 FC 84 FR 20	SaO2 98% HGT	Hora PA 120/80 FC 84 FR 20 SaO2 98% HGT

Intercorrências e Observações

Em 15/03/2019, realizado HAT=97mg/dL, administração de 12 de prescrição médica, realizado banho de aspersão, troca de dote, mas com odores de urina, mas sem sangue.

Assinatura do Enfermeiro
 Tereza da Silva
 COREN-PE 718.800

Assinatura - COREN / Carimbo



Relatório de Enfermagem

Nome: Franciela Carlos Farias
 Enf: 105 Leito: Setor: Ponto 21
 Data: 13.02.19 Hora: 08:00
 Convênio: Pradial
 Peso: 60 Altura: 1,60

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	<u>SND</u>	Anotar diurese (frequência/valores)	<u>Pradial</u>
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	<u>Pradial</u>	Anotar vômitos (frequência)	<u>Pradial</u>
Preparar paciente para cirurgia	<u>Pradial</u>	Anotar evacuações (frequência)	<u>Pradial</u>
Trocar equipó de soro e extensor a cada 72 H	<u>Pradial</u>	Banho de aspersão ou Banho leito	<u>Pradial</u>
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	<u>Pradial</u>	Manter decúbito elevado S/N	<u>S/N</u>
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: <u>S/N</u> Término: <u>S/N</u>	Aspirar Secreções S/N	<u>S/N</u>
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	<u>S/N</u>	Estimular / Ampliar deambulação	<u>S/N</u>
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	<u>Pradial</u>	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	<u>Pradial</u>
Oferecer apoio psicológico	<u>Pradial</u>	Aplicar compressas S/N	<u>S/N</u>
Sinais Vitais	Hora PA 150x80 FC 91 FR 20 SaO2 98% HGT	Hora PA FC T FR SaO2 HGT	

Intercorrências e Observações

Em 08:00hrs paciente acordou em ECG, consciente orientada, apneia leve, respiração superficial, apresentando um ar ansioso, com queixas de dor abdominal, medicação C.O.M. e aguardando procedimento cirúrgico e em unidades de enfermaria.

Assinatura: Franciela Carlos Farias
 COREN-PE: 682207-TE

Do:

Em 17:30hrs paciente em unidade de enfermaria.

Assinatura: Franciela Carlos Farias
 COREN-PE: 682207-TE

Assinatura - COREN / Carimbo



2. *Phylogenetic relationships*

His Victims

Intercorrências e Observações

1-1 Sistema de Ensino de SP
COPIN - Fone: 85237472

Maria Simplicia Romão da Silva
COREN-PE: 00227-TE

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

Assinatura - COREN / Carimbo





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

il.google.com/mail/u/0/?zx=9suo5mch95t#inbox/FMfcgxwBWKQvfZBRQTNFLxLNjvcwbtsz?projector=1&messagePartId=D.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
Kneelock						5.0							
						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 0 - <25% ou >50% Maior Pré-Operatório 0 - <50% Valor Pré-Operatório	
Respiração		Atividade Muscular	
0 - SpO2 Oxigênio < 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 100 mg / 10 ml		
Analgésicos:	Fentanyl 100 mcg / 1 ml		
Opióide Espinal:	() Sim	() Não	Antimético:
Reversão BMN:	() Sim	(X) Não	Atropina: 1 mg
Fiumazil:	mg	Outros:	mg

PRESCRIÇÃO MÉDICA NA SRPA:	
(X) Instalar oxigênio Contínuo	Início: 14 h 55
Outros:	Termino: 18 h 45

OBSERVAÇÃO / COMPLICAÇÕES
NDN

ASSINATURA / CARIMBO

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT



Clínica Médica Especializada

Dr. João César da Cunha

CRM - 10990
CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA EM
FISIOTERAPIA
RUA 107, 3001-10, 3075-3001-10619

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 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

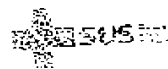
Rua Comendador Soares, 810
Cidade Serra Talhada - PE
CEP: 55060-440



13. Permacol



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
COORDENADORIA DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL



FORMULÁRIO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EMERGENCIA		Nº:
Data: 02.04.19		34
Nome: Francisco Carlos Farias		
Profissão: Professor		
Endereço: Rua 12, 15		
Cidade: São Paulo		
Estado: SP		
Município: São Paulo		
Data de Nascimento: 1970		
Sexo: M		
Idade: 48 anos		
Indicação: Dor abdominal		
Verificação: [] VERBA [] AZUL		

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

Endereço: Rua 12, 15

História e Exame físico

Exame físico

Exame físico

Dr. Cícero Gomes de Lima
Médico
CRM 107.255.974-0

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT





Đang chờ xử lý

Alfonso Rodríguez



Hospital São Vicente

Data Atend: 11/02/2019	Atendimento: 0009739	Quarto/leito: 105/10
Paciente: 00075949 - FRANCISCO CARLOS FERRAZ		
Data Naso: 31/12/1965	Idade: 53 Anos	Sexo: Masculino
Profissão: ELETRICISTA		Estado Civil: Solteiro
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:		
<i>Exame físico: MIE</i> <i>de ferimentos penetrantes</i> <i>e ferimentos de</i> <i>ferimentos MIE</i>		
Diagnóstico Inicial: <i>ferimentos de</i>		
SADT: <i>ferimentos de</i> <i>ferimentos</i> <i>12102 ms</i>		
Diagnóstico Final: <i>ferimentos de</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada ()	Desculpa 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 da Costa 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:	
Data: 13/02/19 Início: Término:		
Cirurgião:		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesiista:		
DESCRIÇÃO CIRURGICA:		
Sob punção percutânea RI + Secção de face posterior joelho e Redução da faculdade e prolapso escrotal total + atropessamento uretral. 01 Haste bloqueada 03 p. Bloqueio 04 p. curativo Sutura pós-operatória		
Assinatura do Cirurgião		

Antônio Rodrigues



10

Arend: 0009739

Exito: 105/0

Presq:

• **સાધના:**

Sinais Vitais		Hora	
PA 130x90 LT 36.3°C	SaO2 98%	PA	T
FC 64	FR	FC	FR
	HGT		HGT

Prescrição da Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	S/N	Anchor diátese (frequência/valores)	presente
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	Amanhã	Anchor vômitos (frequências)	presente
Preparar paciente para cirurgia	amanhã	Anchor evacuações (frequência)	presente
Trocar equipo de soro e extensor a cada 72 H	presente	Banho de aspersão ou Banho feito	presente
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	Amanhã	Manter decúbito elevado S/N	S/N
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: Termina: 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

[illegible]

تاریخ و جغرافیہ

CCREN / Cambio - CCREN / Cambio



Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco de Paula Pereira
 EnE: 224 Leito: 1 Setor: 2-2-01
 Data: 11-09-16 Hora: 19:30
 Convênio: 62000000
 Peso: 62 Altura: 1,70

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	S/N	Anotar diurese (frequência/valores)	S/N
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	S/N	Anotar vômitos (frequência)	S/N
Preparar paciente para cirurgia	S/N	Anotar evacuações (frequência)	S/N
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	Mant. decúbito elevado S/N	S/N
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: Término:	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				Hora
	PA	T	SaO2	FC	
	PA 120/80	T 36,5	SaO2 98%	FC 70	
	FC 70	FR 18	HGT		

Intercorrências e Observações

Em 1980, a Polícia Federal em São Paulo, juntamente com a Polícia Federal de São Paulo, realizou uma operação de varredura em São Paulo, com o objetivo de identificar e apreender os indivíduos envolvidos no tráfico de drogas. A operação resultou na apreensão de grandes quantidades de drogas e na prisão de vários indivíduos envolvidos no tráfico.

Maria Sílvia Pereira da Silva
COPENP 2020-11

Maria Sílvia Helena de Silva
COREN-PE 28240-JE

En 2010, Salento celebró el 50.º aniversario de su independencia.
El 25 de mayo de 1960.

Maria Sílvia Romero da Silva
TELEFONE: 88207-TE

variação da temperatura $\Delta T = T_2 - T_1$ e da massa $\Delta m = m_2 - m_1$ (1)

Maria Simone Moreira da Silva
CLIMEN-DE: 882207-1E

Insects by religiously interpreted colonial culture

For the 22 families present on the 10th of October, 1900, the following table gives the results of the examination of the blood.

[illegible]

Assinatura - COREN / Carimbo

Assinatura - COREN / Carimbo

١٢٣٤٥٦٧٨٩



Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Feres
 Enf: 12-09-2019 Leitor: Setor: 01
 Data: 12-09-2019 Hora: 08:00
 Convênio: Gratuito
 Posto: 01 Afirma: 01

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dieta	S/D	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/12h	Banho de aspersão ou Banho leito	
Nebulizar conforme prescrição médica (Horário)	A.C.M	Mantiver decúbito elevado S/N	S/N
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: <u>08:00</u> Término: <u>08:00</u>	Aspirar Secreções S/N	08:00
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	08:00	Estimular / Auxiliar deambulação	
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	08:00	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	08:00
Oferecer apoio psicológico	C/12h	Aplicar compressas S/N	08:00
Sinais Vitais	Hora PA 120x80 FC 85 FR SaO2 98% HGT	Hora PA FC T FR SaO2 HGT	

Intercorrências e Observações

Às 08:00h paciente admitido em EGP, apresentando quadro clínico de insuficiência cardíaca congestiva, com edema de membros inferiores, mantendo AP, segue em repouso no leito, aguardando procedimento em ANIC, realizada a administração de medicação.

Às 08:00h realizado HGT - 08:00 Confirmar item AN

Às 08:00h paciente admitido em EGP, apresentando quadro clínico de insuficiência cardíaca congestiva, com edema de membros inferiores, mantendo AP, segue em repouso no leito, aguardando procedimento em ANIC, realizada a administração de medicação.

Assinatura - COREN / Carimbo



Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Gomes
 End: 1025 Leito: 1025 Setor: P. 1025
 Data: 27/02/19 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>14:00</u> PA: <u>120/80</u> T: <u>36,5</u> FC: <u>74</u> FR: <u>18</u> SaO2: <u>98%</u> HGT: <u></u>	Hora: <u></u> PA: <u></u> T: <u></u> FC: <u></u> FR: <u></u> SaO2: <u></u> HGT: <u></u>	

Intercorrências e Observações

Em 26/02/2019, realizado 14:00h, administração de
 10ml de paracetamol 1000mg, visando alívio da
 febre de 38,5°C, após avaliação de sinais vitais e
 estado de consciência, não houve alteração.
 Não há mais febre, paciente está bem.
 Não há mais dor, paciente está bem.
 Não há mais náusea, paciente está bem.
 Não há mais vômito, paciente está bem.
 Não há mais diarreia, paciente está bem.
 Não há mais tosse, paciente está bem.
 Não há mais dispnéia, paciente está bem.
 Não há mais edema, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de consciência, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de alerta, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de humor, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de orientação, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de percepção, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de memória, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de raciocínio, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de comportamento, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de interação social, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de autoconsciência, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de identidade, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de imagem corporal, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de papel social, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de valores, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de crenças, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de normas, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de atitudes, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de habilidades, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de conhecimentos, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de valores, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de crenças, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de normas, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de atitudes, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de habilidades, paciente está bem.
 Não há mais alteração de estado de conhecimentos, paciente está bem.

Assinatura - COREN / Carimbo



Relatório de Enfermagem

Nome: Francisco Carlos Frazão
 Enf.: 109 Leito: 109 Setor: Porta 01
 Data: 13.02.19 Hora: 08:00
 Convênio: Pradouro
 Peso: 70 Altura: 1,70

Prescrição de Enfermagem	Horário	Prescrição de Enfermagem	Horário
Dica	S/N	Anotar diurese (frequência/valores)	<u>presente</u>
Solicitar exames laboratoriais (Horário)	<u>08:00</u>	Anotar vômitos (frequência)	<u>ausente</u>
Preparar paciente para cirurgia	<u>08:00</u>	Anotar evacuações (frequência)	<u>ausente</u>
Trocar equipe 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>08:00</u>	Manten decúbito elevado S/N	<u>S/N</u>
Administrar Oxigênio conforme prescrição médica	Início: <u>S/N</u> Término: <u>S/N</u>	Aspirar Secreções S/N	<u>S/N</u>
Trocar circuito de oxigênio a cada 48h S/N	<u>S/N</u>	Estimular / Auxiliar deambulação	<u>S/N</u>
Trocar curativos 24/24h S/N (Horário)	<u>presente</u>	Mudar decúbito do paciente 2/2h S/N (Horário)	<u>presente</u>
Oferecer apoio psicológico	<u>presente</u>	Aplicar compressas S/N	<u>S/N</u>
Sinais Vitais	Hora	Hora	
	PA 120x80 36,5 (SaO2 98%) FC 81 FR 16 GT	PA 120x80 36,5 (SaO2 98%) FC 81 FR 16 GT	

Intercorrências e Observações

As 08:00h paciente internado em 109, com diagnóstico de neoplasia, apresentando signos de insuficiência cardíaca de origem cardíaca, com edema de extremidades inferiores, relatando que tem alguma dor na região do abdômen inferior direito relacionada com a neoplasia de origem cardíaca.

Maria Sílvia de Sá
 COREN-PE 882207-TE

As 17:30h paciente internado em 109, com diagnóstico de neoplasia, apresentando signos de insuficiência cardíaca de origem cardíaca, com edema de extremidades inferiores, relatando que tem alguma dor na região do abdômen inferior direito relacionada com a neoplasia de origem cardíaca.

Maria Sílvia de Sá
 COREN-PE 882207-TE

Assinatura - COREN / Carimbo



How to use:

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=9&ui=9&inc=5meh95#inbox/FMfcgxbWVKQv7BRCTNfLxLnjvwbtSz?projector=1&messagePartid=0.1>





CNPJ 10.280.543/0001-603 - Insc. 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: PRADESCO				
Procedimento Realizado:														
Índice	Alívio	Respiração	Circulação	SPO2	Aliv. Musc	Consciência	Horário	FC	PA	FR	T.A.X	Vol. Urinário	Diurese	Rubrica
Kruick							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		Consciência	
0 - SPO2 Oxigênio < 80% Recebendo O2	2 - Apto Mover 4 Ext	2 - Desperto Totalmente			
1 - Precisa Receber O2 para SPO2	1 - Apto Mover 2 Ext	1 - Desperto ao Chamar			
2 - Saturação > 92% Recebendo Ar Ambiente	0 - Apto Mover 1 Ext	0 - Não resp. Espirito Auditivo			

DROGAS USADAS E DOSES					
Anestésicos: Propofol, Rocuronio, Fentanyl					
Analgésicos: Morfina, Dexametasona					
Opióide Espinal: () Sim () Não Antimético:					
Reversão BMM: () Sim (X) Não Atropina: 1 mg Neostig: mg Narcan: mg					
Flumazenil: mg Outros:					

PRESCRIÇÃO MÉDICA NA SRPA:	
X - Instalar oxigênio contínuo	Início: 18h 15 Termina: 18h 45
Outros: não	

OBSERVAÇÃO / COMPLICAÇÕES	
não	

EXCELSIOR SEGUROS	
11 ABR. 2019	
SEGURO DPVAT	



11/02/19

9.9933-2110

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
CARTELA NACIONAL DE HABITACAO

VALIDEZ EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1304907149

PRIMEIRO PLANO
1304907149

NOME: FRANCISCO CARLOS FERRAZ

DOC. IDENTIFIC. DO HABITANTE: 2987280 SSP PE

CPF: 418.354.724-04 DATA NASCIMENTO: 31/12/1965

FILIAÇÃO: LUIZ ALVES FERRAZ LAURA RODRIGUES FERRAZ

PROFISSÃO: ACC: CA: MAR:

APROVADO: UNIDADE: INSCRIÇÃO: 05/11/1985

OBSERVAÇÕES:

Francisco Carlos Ferraz

LOCAL: SERRA TALHADA - PE DATA EMISSÃO: 23/11/2016

ASSINATURA DO HABITANTE: 15560302543 78078357877

RECEBIMOS DO HABITANTE

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
MILÍCIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: GEORGE CARLOS MELLO JUNIOR

IDENTIFICAÇÃO DO CARTEIRO: 584055068877 PE

DATA DE EMISSÃO: 08/05/2017

DATA DE VALIDADE: 08/05/2022

TIPO DE IDENTIFICAÇÃO: 01 - IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS

IDENTIFICADO: GEORGE CARLOS MELLO JUNIOR

MARIA DE LOURDES MELLO

PERNAMBUCO

PERFIL: 01 - IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS

RAÇA: 01 - BRANCO

SEXO: 01 - MASCULINO

ESTADO CIVIL: 01 - SOLTEIRO

PROFISSÃO: 01 - IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS

DATA DE NASCIMENTO: 08/05/2017

DATA DE VALIDADE: 08/05/2022

LOCAL: 01 - IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS

DATA DE EMISSÃO: 08/05/2017

DATA DE VALIDADE: 08/05/2022

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR

1482661245

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT



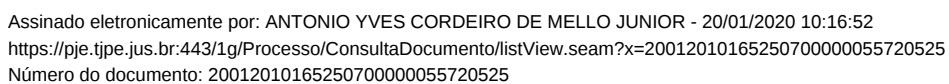
9.9933-2110

UNCLASSIFIED
1304907149

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
MILÍCIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: GEORGE CARLOS MELLO JUNIOR

IDENTIFICAÇÃO DO CARTEIRO: 584055068877 PE

DATA DE EMISSÃO: 08/05/2017

DATA DE VALIDADE: 08/05/2027

TIPO DE IDENTIFICAÇÃO: 01 - IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS

IDENTIFICADO: GEORGE CARLOS MELLO JUNIOR

MARIA DE LOURDES MELLO

PERNAMBUCO

PERFIL: 01 - IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS

RAÇA: 01 - BRANCO

SEXO: 01 - MASCULINO

AB: 01 - BRANCO

Nº REGISTRO: 02136855400

VÁLIDA EM: 30/06/2022

EXPIRAÇÃO: 30/06/2027

RESERVAÇÃO: 01 - IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS

LOCAL: 01 - IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS

DATA DE EMISSÃO: 26/07/2017

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

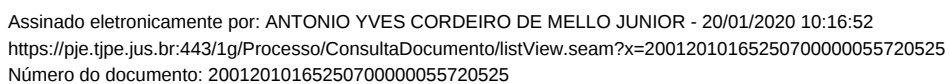
1482661245

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT





<https://mail.google.com/mail/u/0/?zx=9su05mch95#inbox/FMfcgqxwBWKZzwPzjChWWWdDncMpWFmXw?projector=1&messagePartId=0.1>



EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



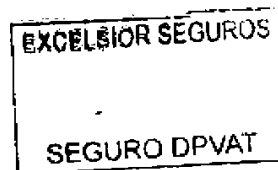
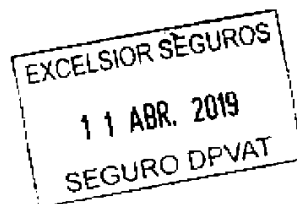
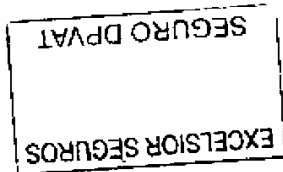
21/03/2019

documento carro.jpg

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS	
CENTRO DE REGISTRO DE VEÍCULOS	
VEÍCULO: 728940981 / VEÍCULO DE REGISTRO DPVAT	
TIPO: MOQUETA, 4x4, 5 PORTAS	
COR: PRETO, QUADRO: PRETO	
CENTRO: 56870-000	
NÚMERO DE REGISTRO: 452.049.224-20	
DATA: 14/02/2019	
VEÍCULO DE REGISTRO DPVAT VIA CONVÊNIO	
PENA: 20081 13/05/88	
TIPO: MOQUETA, 4x4, 5 PORTAS	
COR: PRETO, QUADRO: PRETO	
CENTRO: 56870-000	
NÚMERO DE REGISTRO: 452.049.224-20	
DATA: 14/02/2019	
VEÍCULO DE REGISTRO DPVAT VIA CONVÊNIO	
PENA: 20081 13/05/88	

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

REMETENTE:
GEORGE CARLOS MELLO LIMA
RUA - ANTONIO TOMÉ DE SOUSA Nº 573
BAIRRO SÃO CRISTÓVÃO - SERRA TALHADA PE
CEP 56.903-220



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

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

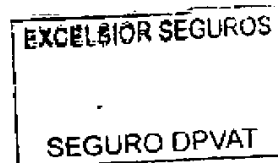
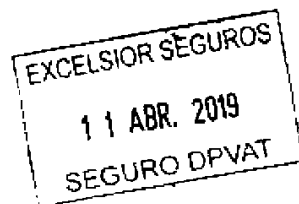
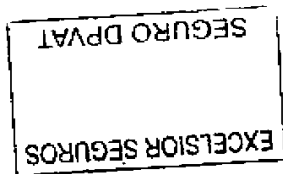


☒ AR
☐ MP
CORREIOS
Pelo 1662

SEDEX

12

REMETENTE:
GEORGE CARLOS MELLO LIMA
RUA - ANTONIO TOMÉ DE SOUSA Nº 573
BAIRRO SÃO CRISTÓVÃO - SERRA TALHADA PE
CEP 56.903-220



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

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



FC026043
CORREIOS ☐ AR ☐ MP
PESO (kg) 1.062

SEDEX

12

