



Número: **0008404-08.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59147 671	12/03/2020 11:47	2702091_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00084040820208172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **24/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 20/11/2019.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnano desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

DA AUSÊNCIA DE DATA NA PROCURAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS

Verifica-se que o instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, viola a regra esculpida no art. 104 do CPC, tendo em vista a ausência de data na procuração acostada aos autos.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração válida não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquirar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **24/08/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUEVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1,687.50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º . (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 4 de março de 2020.

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



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA**, em curso perante a **16ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00084040820208172001.

Rio de Janeiro, 4 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0008404-08.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

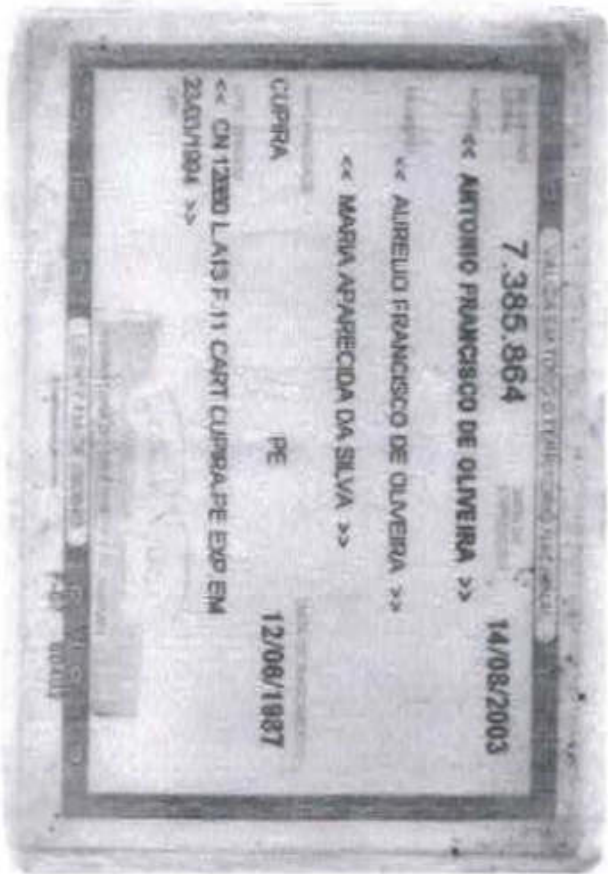
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59147 672	12/03/2020 11:47	ANEXO 1	Outros (Documento)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 014958070610
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 1204002120 ANO: 2019

TIPO DE VEÍCULO: 1
NOME DO PROPRIETÁRIO: JOSE JEAN DA SILVA

AGRESTINA - PE
RUA: 110-400-164-25 PLACA: 1204002120

VEÍCULO: HONDA/POP 1101
COR: BRANCA
CATEGORIA: PARTIC
CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: 902080106XR720297

IPVA 2019 QUITADO
VALOR: R\$ 110,11

PREÇO TOTAL: R\$ 110,11

ASSINATURA: Roberto Carlos Moreira Fontelles
AGRESTINA - PE 05/09/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014958070610 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PLACA: 1204002120 ANO: 2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR
SAC DPVAT (800) 822 1004

AGRESTINA - PE 05/09/19

VEÍCULO: HONDA/POP 1101
CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: 902080106XR720297

PRÊMIO TARIFARIO		
PRÊMIO	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
56,05	4,04	46,08
CUSTO DO BILHETE (R\$)	0,02	84,55
ENCARGOS		DATA DE COTAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTAÇÃO	<input type="checkbox"/> PARCELADO	05/09/19

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 25.248.889/0001-04

DESACRÉDITO QUANDO O BILHETE DPVAT FOR EMITIDO EM OUTRO ESTABELECIMENTO



**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT**

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2019 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

BILHETE PAGO EM: 03/09/2019

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	PE/QYA-8503
CHASSI Nº:	9C2JB0100KR328347
RENAVAM:	01204002190
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 37,67 (TRINTA E SETE REAIS E SESENTA E SETE CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1596 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

Principado com a mão esquerda, o Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e água e preserva o futuro.



3190660968

10.12.19

Eu Antônio Francisco de Oliveira CPF -
090-334-334-78 e RG 7.385.864 Dei entrada
em um processo de invalidiz do Seguro-
D.PVAT com o numero de sinistro 3190660968
no dia do acidente 24/08/2019, Fui
transportado para o Hospital Nossa Senhora
de Fatima em parcelas e Fui encaminhado
ao Hospital Regional do Agreste para
tirar Raio-X de ombro esquerdo onde
Fui Diagnosticado com Fratura no ombro
esquerdo. No dia 28/08/2019 Dei entrada
no Hospital Da Santa casa da misericordia
No Recife para me submeter a tratamento
cirurgico de Fratura de umero proximal
esquerdo, mandei toda a documentação
medica que me foi disponibilizada
para a seguradora lider, e me foi
liberado um valor de R\$ 1.687,00 sem a
marcação de uma pericia, vindo por
meio desta carta pedir que marque
uma pericia junto ao medico da
seguradora lider, para meu processo
ser melhor avaliado.

Assinatura: Antônio Francisco de Oliveira

Cidade: Parcelas

Data: 10/12/2019

www.cadersif.com.br



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190660968 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/08/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 4,17.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190660968 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/08/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 4,17.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190660968 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/08/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 4,17.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190660968

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15169660

Pag. 00031/00032 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190660968

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do 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 dos ombros
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: **ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000001285-8**

Conta: **000009749-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Pag. 01893/01894 - carta_15R - INVALIDEZ





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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190660968 **Vítima:** ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/08/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag: 00031/00032 - carta_09 - INVALIDEZ

00070016



Carta nº 15256681



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190660968 **Cidade:** Panelas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/08/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 4,17.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 090.334.334-78 4 - Nome completo da vítima: Antonio Francisco de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antonio Francisco de Oliveira 6 - CPF: 090.334.334-78
7 - Profissão: advogado 8 - Endereço: tv da alegria 9 - Número: 7 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Paraisópolis 12 - Cidade: Paraisópolis 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55470-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 81 99946-7580

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECLUSO (INFORMAR) R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso ocorresse do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Div) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE

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 298 do Código Penal.

NÃO AUTORIZADO

34 - Interessado Representante legal Beneficiário Não Autorizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Paraisópolis 20/03/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Antonio Francisco de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Autoatendimento
Extrato em Conta-Corrente

Banco: 237 Agencia: 1285 Maquina: 018080
Data: 10/10/2019 Hora: 11:58 N.Trans: 002424

Favorecido

Banco: 237
Agencia: 1285 / RUA CAP. JOAO VELHO
Conta: 0009749-7

Titular: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA



PR



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0045008952**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/11/2019** às **16:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/8/2019** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOAO TIMOTEO DE ANDRADE, 01** - Bairro: **CENTRO** - **PANELAS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A JOÃO CONSTRUÇÕES**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

III (AUTOR / AGENTE)
ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA**

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

ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA DA SILVA** Pai: **AURELIO FRANCISCO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **12/6/1987** Naturalidade: **CUPIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7385864/SDS/PE (RG), 09033433478 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PANELAS, 17, TV DA ALEGRIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PANELAS-PERNAMBUCO/BRASIL**

III - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110I** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QY48503 (PERNAMBUCO/AGRESTINA)** Renavam: **1204002190** Chassi: **9C2JB0100KR328347**
Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **PROPRIETARIO: JOSE JEAN DA SILVA**



Complimento / Observação

A VITIMA ESTAVA CONDUZINDO A REFEIDA MOTOCICLETA NO CENTRO DA CIDADE DE PANELAS, QUANDO NAS PROXIMIDADES DE JOÃO CONSTRUÇÕES, A VITIMA COLIDIU COM UM MONTANTE DE BRITAS "PEDRAS USADAS NA CONSTRUÇÃO CIVIL"; OCASIÃO QUE A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU AO CHÃO, EM SEGUIDA A VIITMA PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, CONFORME DECLARAÇÃO APRESENTADA, DE ONDE APOS AVALIAÇÃO MEDICA A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU - PE, CONFORME ATENDIMENTO REGISTRADO SOB O N° 536738 E PRONTUARIO DE N° 343976; NA DATA 28/08/2019, A VITIMA FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NO HOPSITAL SANTA CASA NA CIDADE DO RECIFE, COMO CONSTA NA DECLARAÇÃO CITANDO O PONTUARIO DE N° 1184351. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Antônio Francisco de Oliveira
ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrada por: *Cicero Abílio de Almeida* - Matrícula: 1581678

Imprimir





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ROL: _____ 3 - CPF da vítima: 090.334.334-78 4 - Nome completo da vítima: Antonio Francisco de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antonio Francisco de Oliveira 6 - CPF: 090.334.334-78
7 - Profissão: emprego 8 - Endereço: TV da Alegria 9 - Número: 17 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Parabelos 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55470-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81 93946-7580

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECLUSO INFORMAR R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUpanÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote a opção)
 Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Duodeno
AGÊNCIA: 3225 CONTA: 9749

Autoriza 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.

22 - 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 da Instituição Médica Legal (IML) para as fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos/ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nasciturus (menor)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos/ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE

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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

NÃO AUTORIZADO

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Parabelos 20/03/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Antonio Francisco de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____






SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **ANTÔNIO FRANSICO DE OLIVEIRA**, brasileiro, residente a Rua Cabo Chico- centro do município de Paudalho/PE, deu entrada em emergência nesta unidade no dia 24/08/2019 às 18:06hs vítima de acidente automobilístico de acordo com o prontuário de nº 1127.373 Cópia da ficha de emergência segue em anexo.

Paudalho, 10 de setembro de 2019.


Iris Cavalcante Barbosa da Silva
Diretora Administrativa



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
- CEP 50050-902
CNPJ 10.936.922/0001-08
(INSCRIÇÃO ESTADUAL 300584345)



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 29/04/02
COMERCIAL 116 | PRIORIDADE 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5888
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
ADALCENE MORA DA SILVA
CPF: 035.033.364-87 INSC. 1403342018
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV DA ALZEMIA 17
CENTROPANDEAS
5473-000 PANDEAS PE
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e bilhetes se encontram à disposição, para consulta em nossos pontos de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO 29/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/11/2019	CONTA/CONTRATO 007007195240
TOTAL A PAGAR (R\$) 121,13	DATA DE APRESENTAÇÃO 22/11/2019	Nº DO CLIENTE 3011433010
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 082164545	Nº DA INSTALAÇÃO 0001232306
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 78EB.9E97.106F.A4E0.F825.F18E.FFF8.55E8		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	20,00	9,26247242	7,87
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	3,44955274	21,48
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	70,00	0,67482991	48,59
Acrescimo Bandeira AMARELA			9,64
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,12
Contrib. Bom. Pública Municipal			27,42
TOTAL DA FATURA			121,13

SEM ATRIBUIÇÃO DE DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CANCELAMENTO		
Substituição	De Renda	Valor
201209	201109	118,26

Este consumo tem VAB superior ao valor do crédito gerado e não poderá ser abatido em caso de suspensão do fornecimento devido ao não cancelamento. O cliente deverá providenciar o cancelamento do crédito gerado e o abate do consumo em caso de suspensão do fornecimento. Caso a suspensão do fornecimento devido ao não cancelamento do crédito gerado e o abate do consumo em caso de suspensão do fornecimento, o cliente deverá providenciar o cancelamento do crédito gerado e o abate do consumo em caso de suspensão do fornecimento.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	AMB
Consumo Ativo até 30 kWh	NOV 19	571
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	OUT 18	382
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	SET 18	126
	AUG 18	137
	JUL 18	151
	JUN 18	144
	MAY 18	144
	ABR 18	48
	MAR 18	0
	FEV 18	0
	JAN 18	80
	DEZ 17	213
	NOV 17	393

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Descrição	Valor	%
Margem de Energia	11,47	9,47
Transmissão	3,34	2,76
Distribuição (Cade)	16,33	13,48
Outros Serviços	1,96	1,61
Tributos	16,29	13,45
Perdas de Energia	6,28	5,27
TOTAL	65,77	54,31

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIB			COPRIS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
55,71	26,50	14,66	55,71	0,43	0,24	55,71	4,25	2,36

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
PERÍODO DE REFERÊNCIA	PERÍODO DE FATURAMENTO	PERÍODO DE CANCELAMENTO	PERÍODO DE CANCELAMENTO	PERÍODO DE CANCELAMENTO	Nº DE CANCELAMENTO	VALOR DO CANCELAMENTO	VALOR DO CANCELAMENTO	VALOR DO CANCELAMENTO	VALOR DO CANCELAMENTO
08/03/2019	22/11/2019	04/09/2019	22/11/2019	08/03/2019	08	1,0800	0,00	17,08	

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
INTERUPÇÃO	PERÍODO	VALOR ANTES	VALOR DEPOIS	VALOR ANTES	VALOR DEPOIS
DE-Atividade Interim sem Energia	0,00	6,47	13,84	16,46	
FE-Atividade Interim sem Energia	0,00	3,70	6,72	15,46	
DMO-Duração máxima de Interrupção contínua	0,00	3,80	6,80	15,56	
DCHO-Duração de Interrupção em dia útil					11,23
MENS-Valor de Energia de Valor = R\$ 31,08					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você! as contas paramétricas: Rua Coronel Melchior Centro 7 Mercado do campo e s: e col medidor centralizado completa em www.celpe.com.br.
No dia da leitura a tarifa em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é responsável quando há variação no contratante individual ou do valor de tarifa de fornecimento.
Pagos, em atraso para multa 2% (Resolução ANEEL, Junho 1996, art 10.438/02) e atualização nominal no preço, pelo Decretamento pelo aplicativo da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 29/04/02 - Art 20, II.
O Cliente é responsável quando há desconhecimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, incluindo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	200	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007007195240	11/2019	121,13	29/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este carnê será usado em leitores ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EMERGÊNCIA

Hora: 18:06 Data: 24/08/2019 Prontuário: 107.373 sexo M
 Nome: Antonio Francisco de Azevedo
 Cartão SUS: Profissão: Semelhante
 DN: 12/06/1987 Idade: 32 A Estado Civil: C
 Cônjuge: _____
 Filiação: _____
 Mãe: Mãe A de Silva
 Pai: Antônio F. de Azevedo
 Endereço: R. Cabo Chico 27
 Equipe Plantonista:
 Médico: Dr. Tatiane Enfermeiro: Paula Campos
 Técnicos de Enf: Yane Selenia Marciano

Triagem da Enfermagem

Uso de medicamentos: () sim () Não Quais: _____
 Reações alérgicas: () sim () Não Quais: _____
 DM () HAS ()
 SSVV: PA: 130/80 FC: _____ T: _____ SPO2: _____ Peso: _____
 FR: _____ HGT: _____
 Principais queixas:

<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Enxaqueca	<input type="checkbox"/> Queixa urinária
<input type="checkbox"/> Cólica	<input type="checkbox"/> Epigastria	<input type="checkbox"/> Taquicardia
<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Epistaxe	<input type="checkbox"/> Tonturas
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Escotomas	<input type="checkbox"/> Vertigens
<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Vômitos
<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Gastroenterite	
<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Hérnia	
<input type="checkbox"/> Dor Abdominal	<input type="checkbox"/> IVAS	
<input type="checkbox"/> Dor articular	<input type="checkbox"/> Lontalgia	
<input type="checkbox"/> Dor MMSS	<input type="checkbox"/> Mal estar geral	
<input type="checkbox"/> Dor Nefrética	<input type="checkbox"/> Mialgia	
<input type="checkbox"/> Dor Pelvica	<input type="checkbox"/> Náuseas	
<input type="checkbox"/> Dor tóras	<input type="checkbox"/> Otite	
<input type="checkbox"/> Dor costelas	<input type="checkbox"/> Otorrria	
	<input type="checkbox"/> Perdas vaginais	

 Outras queixas:

 COREN/Assinatura
 E mail: hospitalparaisiba@gmail.com Fone: (61) 3661-1106



História da Doença:

Acidente com dor em
cabeça, náuseas, vômito
de início abrupto. Trauma
de queda de aproximadamente

Exame Físico:

BEG, consciência preservada,
intaxe, Glasgow 15.

Diagnóstico provisório:

Contusão / hematomas,
Fratura da escápula

Conduta:

1) encaminhamento UPA após
2) Exatidão de dados
3) que a radiografia

18:20
Yves Cordeiro

11/03/2020
Medica
CRM 19888

Dr. Yves Cordeiro - Médica
Ouro Preto - PE
Telefone: 5756108

11/03/2020
Medica
CRM 19888

CRM/Assinatura

Endereço: Rua Joel Raimundo, 5/N Centro - Panelas-PE. CNPJ: 10.292.425/0001-75
E-mail: hosp@aluanciaspe@gmail.com Fone: (81) 3691-1106





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

ENCAMINHAMENTO

senha: 5756101.

Por não constituir caso para tratamento neste hospital, encaminhamos o paciente

Antônio Francisco de Oliveira

REG.: _____ Idade: 32 anos

Residente: Paulos.

Para o Hospital: Regional ao agreste

Esclarecendo ser o mesmo portador de trauma com dor e
edema em ombro esquerdo, após queda

De acordo com o médico, de moto.

PA: 130x80 mm Hg.
Avaliação e conduta ortopedica.

Atenciosamente
Jayane Machado
Médica
CRM 19868

Feito: voltarei IM.

Assinatura e carimbo do médico

Panelas-PE, 24 de 08 de 19.

OBS: Em caso de paciente menor, anotar filiação:

Pai: _____

Mãe: _____



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA**, prontuário nº 1184351, admitido neste hospital em 28/08/2019 com diagnóstico de Fratura do úmero proximal esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 04/09/2019.

Recife, 18 de Setembro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 15434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3. Evolução / Exames

04/08/19
212300
Laparotomia
radiografias medulares perfura de crânio parietal
exame de exame: não a limitação de movimento em
ambos braços. neuromúsculo preservado
co- 1) exames feitos
2) internamento

ASSINATURA
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 11.855

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____/____/____ Assinatura _____

Autorização de Procedimento Paciente Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____
Assinatura _____

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido
 Transferência: _____ Internamento _____

Condição de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

Usuario do Atendimento
SIMONESC

24/08/2019 19:39:48
2 de 2





**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

Usuário da Interi
JOSEFAAS



536750

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Cadastrado

1 - Identificação do Paciente Data Int: 24/08/2019 22:50 Atendimento: 536750 N° AIH: _____ Prontuário: 343976

Nome: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA Cor: PARDA Religião: _____
 Data Nasc.: 12/06/1987 Idade: 32 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião: _____
 CPF: _____ RG: 7385864 CNS: 700003472825108
 Endereço: RUA CABO CHICO Nº: 26
 Bairro: CENTRO Cidade: PANELAS Estado: PE
 CEP: 55470000 Fone: _____ Profissão: SERRALHEIRO
 Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA
 Nome do Conjuge: _____
 Nome: _____
 Parentesco: _____ RG: _____ Fone: _____

2 - Internar Para

Unidade de Internação: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Leito: CORREDOR - EMERG ADULT
 Unidade de Internação: CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO
 Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico): _____ CID: _____
 Procedimento Solicitado: _____ CÓD.: _____
 Procedimento Realizado: _____ CÓD.: _____

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesiista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- DIÁRIA DE UTI
- DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- VACINA ANTI RH
- USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- USO DE PRÓTESE, ORTESE
- USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- USO DE OXIGENADORES
- NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - História Clínica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
24/08/2019 22:50		



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde: **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

Nome do Paciente: *Antonio F. Oliveira*

Registro Nº:

Clinica:

Leito Nº:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
		<i>28/03/19</i>
		<i>Adm. @ 13 horas / dia 1</i>
		<i>Put. oral</i>
		<i>5/12/2019</i>
		<i>20/03/2020</i>
		<i>Adm. @ 13h</i>
		<i>Adm. @ 13h</i>
		<i>Adm. @ 13h</i>

Jr. Alfredo Lourenço
Ortopedia - Dor
CRM-PE 21980



Paciente: Antonio Francisco Oliveira

Enfermaria/Leito: _____

Registro: _____

Data: 26/11/19

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Objetivos
Padrão respiratório ineficaz relacionado à: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Fígida <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Instalar oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Limar <input type="checkbox"/> Mascarar de ventura: ____% conforme PM <input type="checkbox"/> Aspirar secreções traqueobrônquicas: ____ h <input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado a: 30° (30° () 90° ()) <input type="checkbox"/> Registrar evolução do padrão respiratório <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Risco para aspiração relacionado à: <input type="checkbox"/> Alimentação por sonda <input type="checkbox"/> Presença de TQT ou tubo endotraqueal <input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Instalar dieta terçada o posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Manter cabeceira do leito elevada durante a alimentação e até 30° após <input type="checkbox"/> Manter kit de aspiração montado <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Risco para infecção relacionado à: <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input checked="" type="checkbox"/> Outros: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar SSVV <u>6/6</u> h <input checked="" type="checkbox"/> Registrar sinais ilógicos <input checked="" type="checkbox"/> Outros: _____	
Potencial para temperatura corporal alterada <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia relacionado à: <input type="checkbox"/> Pós-operatório <input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Aquecer o paciente <input type="checkbox"/> Verificar temperatura a cada ____ h <input type="checkbox"/> Administrar antitérmicos conforme PM <input type="checkbox"/> Eliminar quando possível os fatores de risco <input type="checkbox"/> Realizar meios físicos de ____ h <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Dor relacionado à: <input type="checkbox"/> Agentes lesivos, químicos, físicos e/ou psicológicos	<input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme PM <input type="checkbox"/> Orientar o paciente quanto a posição antiálgica <input type="checkbox"/> Aplicar: <input type="checkbox"/> Termoterapia <input type="checkbox"/> Crioterapia: ____ vez(es) dia <input type="checkbox"/> Registrar evolução e características de dor	
Nutrição alterada: Para mais () Para menos () relacionada à: <input type="checkbox"/> Incapacidade de ingestão <input type="checkbox"/> Incapacidade para absorver/digerir nutrientes <input type="checkbox"/> Dificuldade em aderir à dieta <input type="checkbox"/> Fatores psicológicos <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Pesquisar diariamente em jejum as 6h <input type="checkbox"/> Monitorar a ingestão oral 6/6h por sonda <input type="checkbox"/> Comunicar ao serviço de nutrição a necessidade de adequar os alimentos às condições do paciente <input type="checkbox"/> Administrar suplementos conforme PM <input type="checkbox"/> Registrar perdas íntimas <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Risco/Excesso de volume de líquidos relacionado à: <input type="checkbox"/> Mecanismos reguladores <input type="checkbox"/> Ingesta excessiva de sódio e/ou líquidos	<input type="checkbox"/> Fazer dieta em jejum as 6h <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico rigoroso de ____ / ____ h <input type="checkbox"/> Administrar diuréticos conforme PM <input type="checkbox"/> Controle rigoroso das infusões <input type="checkbox"/> Registrar evolução dos rúmens <input type="checkbox"/> Realizar ausculta pulmonar e cardíaca <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Eliminação urinária prejudicada relacionado à: <input type="checkbox"/> Processo da doença <input type="checkbox"/> Tratamento <input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Realizar cateterismo conforme PM <input type="checkbox"/> Controlar e manter privia a irrigação vesical <input type="checkbox"/> Registrar queixas <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Constipação relacionada à: <input type="checkbox"/> Mudanças recente de ambiente <input type="checkbox"/> Hábitos de evacuações irregulares <input type="checkbox"/> Obstrução pós-operatória <input type="checkbox"/> Alteração no padrão alimentar <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Incentivar ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Incentivar desambulação <input type="checkbox"/> Registrar frequência e aspecto das eliminações <input type="checkbox"/> Realizar lavagem intestinal conforme PM <input type="checkbox"/> Consultar ao SMD	
Diarréia relacionada à: <input type="checkbox"/> Alto nível de estresse e ansiedade <input type="checkbox"/> Alimentação por sonda <input type="checkbox"/> Processo infeccioso <input type="checkbox"/> Uso de QT () Causas inespecíficas <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Registrar características e frequência das eliminações <input type="checkbox"/> Estimular ingestão oral <input type="checkbox"/> Administrar líquidos IV conforme PM e controle rigoroso das infusões <input type="checkbox"/> Controle rigoroso do gerenciamento da dieta por SNG/SNE <input type="checkbox"/> Trocar transfusões de dieta a cada 24h	



Antonio Francisco de Oliveira

H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

PACIENTE: Antonio Francisco de Oliveira

REQ. 323936

LEITO:

HORÁRIO

MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

ITEM	DIETA LIVRE	MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIO
01	DIETA LIVRE		
02	DIPIRONA 500MG: 01 COMP. VO, 6/6H	12/08 14h	
03	VITAMINA B12 1000UG	1000UG VO de 8/8h	de de
04	SSVV + CCGG		
05	PACIENTE AGUARDANDO VAGA NA ENFERMARIA		
06	SE INTERCORRENCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO		
07	Amoxicilina 1000mg + SSVV 1000mg VO de 8/8h (4x/d)		
08	Tiludil 01mg - 03 - EV de 12/12h		

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Unidade de Saúde Cultural
CONECTAR 315905 - 155

14/08/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital Regional do Agreste

Prescrição Médica

05

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente: Enfermaria:

Leito:

N° do Registro:

DATA: 25/08/19

Antonio Francisco de Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA DA
MEDICAÇÃO /
OBSERVAÇÃO

1. DIETA LIVRE SNU
2. ~~CEFAZOLINA 1G IV, 6/6H~~
3. ~~SORO FISIOLÓGICO 2000ML IV CORRETO - LENTO EM 24H~~
4. DIFENIDRAMINA 15 + AD, IV, 6/6H 17' 18' 24' 29'
5. OMEPRAZOL 40MG + AD, IV, 1X AO DIA 06'
6. TENOXICAM 20MG + AD, IV, 12/12H, SE DOR
7. TRAMADOL + SF0,9% 100ML, IV, 8/8H, EM CASO DE DOR FORTE Frio 17' 22' 29'
8. ONDASETRONA 8MG/4ML + SF0,9% 100ML, IV 8/8H, 5/N
9. SINAIS VITAIS + CUIDADOS BÁSICOS
10. ENOXAPARINA 40MG SC, 1X/DIA, EM CASO DE PACIENTE ACAMADO OU FRATURAS EM MEMBROS INFERIORES
11. ~~CLIBATINO DIÁRIO~~
12. ENCAMINHAR PACIENTE PARA ENFERMARIA
13. HGT 6/6H SE PACIENTE DIABÉTICO
14. SE DIABÉTICO INSULINA REGULAR CONFORME PERFIL
150-200: 2UI // 200-250: 4UI // 250-300: 6UI // 300-350: 8UI
350-400: 10UI // > 400: 12UI
15. CAFTOPRIL 25MG, 1 COMPRIMIDO VO SE PAS > 160MMHG OU PAD > 110MMHG

Dra. Waldenir F. F. F. F.
Ortopedista e Traumatologista
Ginecologia e Obstetrícia
CRM - 15225 - RJOT - 15374



Antonio Francisco Oliveira

H.R.A

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

PACIENTE: *Arnono* *me Oliveira*

Reg: 343916
A.T. 536150

ITEM:

- 01-DIETA LIVRE *me*
- 02-JELCO HIDROLIZADO
- 03-~~SECRETOTEN 100MG/100ML~~ *me*
- 04-OMEPRAZOL 40MG EV/DIA *me*
- 05-DIPIRONA 1 AMP+AD EV 6/6H SE NECESSARIO *me*
- 06-TIL ATIL 20MG EV +AD EV 12/12H SE NECESSARIO *me*
- 07-TRAMAL 100MG+SF 0.9% 100ML EV 8/8H LENTO SE DOR *me*
- 08-PLASIL 1 AMP+AD EV 8/8H SE NAUSEAS OU VOMITOS *me*
- 09-~~SECRETOTEN 100MG/100ML~~
- 10-CURATIVO DIARIO
- 11-ALTA DA SRPA/PROVIDENCIAR LEITO EM ENFERMARIA)
- 12-COMUNICAR ANORMALIDADES
- 13-CCGG+SSVY

Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 12.355

20/03/19

PACIENTES DIABÉTICOS: HGT 60gH
INSULINA REGULAR CONFORME HGT:
0-150-0/151-200-2UI/SC/ 201-250-4UI/SC/
251-300-6UI/SC/301-350-8UI/SC/351-400-10UI/SC
MAIOR QUE 400 12UI/SC
SE HGT MENOR QUE 70 FAZER 2 AMP
DE GLICOSE 50% EV.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital Regional do Agreste

Prescrição Médica

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

Enfermaria: Leito: N° do Registro: DATA: 27/08/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA DA
MEDICAÇÃO /
OBSERVAÇÃO

16. DIETA LIVRE

~~17. ESTABILIZADOR DE GLICOSE~~

18. SORO FISIOLÓGICO 2000ML IV CORR LENTO EM 24H

19. DIFENIDRAMINA 16 + AD, IV, 6/6H

24 06

20. OMEPRAZOL 40MG + AD, IV, 1X AQ DIA.

06

21. TENOXICAM 20MG + AD, IV, 12/12H, SE DOR

22. TRAMADOL + SPO, 5% 100ML, IV, 8/8H, EM CASO DE DOR FORTE

23. ONDASETRÓNA 8MG/4ML + SPO, 9% 100ML, IV 8/8H, 3/N

24. SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS

25. ENOXAPARINA 40MG SC 1X/DIA, EM CASO DE PACIENTE ACAMADO OU FRATURAS EM MEMBROS INFERIORES

26. CURATIVO DIÁRIO

27. ENCAMINHO PACIENTE PARA ENFERMARIA

28. HGT 6/6H SE PACIENTE DIABÉTICO

29. SE DIABÉTICO INSULINA REGULAR CONFORME PERFIL
150-200: 2UI // 200-250: 4UI // 250-300: 6UI // 300-350: 8UI
350-400: 10UI // > 400: 12UI

30. CAPTOPRIL, 25MG, 1 COMPRIMIDO VO SE PAS > 160MMHG OU PAD > 110MMHG

DR. ALEXANDRE YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

SOLICITO:

LIBERAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE MEDICAMENTO EM PACIENTE INTERNO

PACIENTE: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

TRAMADOL 50MG, IV, 6/6H

DATA req. 27 de agosto de 2019

ASSINATURA: DR. ALEXANDRE YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Regional do Agreste
Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

OK

Unidade de Saúde:

Antônio Francisco de Oliveira

Servado 1 est.

Nome do Paciente:

Antonio F. de Oliveira

Leito:

Registro Nº. 343976

DATA

HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÃO

~~28/03~~

Dieta Livre

Temp. Diurese

06:00	12:00	18:00	24:00
-------	-------	-------	-------

~~28/03~~

1g de hidroclorotiazida

DR. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

P.A. 98/66

~~28/03~~

Dieta de suporte

DR. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

DR. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

~~28/03~~

Dieta de suporte + CCOC

DR. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

DR. YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Alfredo F. de Mello Junior
 CRM nº 23481
 Ortopedista

Yves Cordeiro de Mello Junior
 CRM nº 11352

Paciente EGR, consciente, medicado, sem sintomas. A prescrição médica segue aos cuidados de enfermagem.

Yves Cordeiro de Mello Junior
 CRM nº 11352

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável!



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora retirada da senha: 24/08/2019 19:29

Nome Paciente:	ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	12/06/1987
Sexo:	Masculino
Idade:	32
Senha:	U0018
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 24/08/2019 19:33 - 24/08/2019 19:35

LIDIANE FERREIRA - COREN: SE/NÚ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **POUCO URGENTE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO DOR E EDEMA EM OMBRO ESQUERDO. NEGA DM, HAS, ALERGIAS, VOMITOS E DESMAIO.

Observação: PANELAS
SENHA 5758101 P ORTOPEDIA

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - EDEMA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: LIDIANE FERREIRA - COREN: SE/NÚ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/08/2019 19:35

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasa Recife.org.br
Site: www.santacasa Recife.org.br

Registro: 657302 Prontuário: 1184351 Data de Nascimento: 12/06/87 Idade: 32 ANO(S)
Nome do Paciente: **ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: **MARIA APARECIDA DA SILVA**
CPF: 09033433478

Data: 03/09/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do úmero proximal esquerdo.

Diagnóstico pós-operatório: o mesmo

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura do úmero proximal (CCI: 040802033-4) + Osteotomia (cod: 040806019-0) + neurolise (cod:040302007-7)
Cirurgião: Osvaldo Coimbra

Anestesiista: Diana Anjos

Anestesia: Bloqueio de plexo

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assepsia e antissepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão delto-peitoral esquerda. Dissecção por planos e hemostasia. Desinserção parcial de peitoral maior. Realizada bursectomia sub-acromial e identificado o foco de fratura em úmero proximal. Osteotomia de fragmento ósseo umeral.
- 5) Realizada redução da fratura da cabeça umeral, com fixação da mesma com placa bloqueada de ângulo fixo com parafusos bloqueados e cortical, associada a amarrilhas de manguito rotador, sob visão do intensificador de imagem. Neurolise de nervo radial distal à placa. Tenotomia de peitoral maior.
- 6) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia. Colocação de dreno à vácuo
- 7) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 8) Curativo

Recife: 03/09/2019-12:42

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.260-2 de 24/08/2001.
Nome do arquivista: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658, Data e Hora: 03/09/2019 12:43:53.



SUS - FE / SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA
HOSPITAL SANTO AMARO

Nome do Paciente:		Antônio Francisco de Oliveira			
Nome da Mãe:					
Unidade:	Ortopedia	Enfermaria:	São Francisco	Endo:	20A
Telefone:	657302	N.º 321			
Diagnóstico Principal (Constante no Livro Médico):					CID
Fratura do Úmero Proximal Esquerdo					
Procedimento realizado:					Cirurgia
O Úmero					
Equipe de Procedência Prevista:					
Procedimento Realizado:					Cirurgia
O Úmero					
Nº	Equipe	Nome		Nº de Horas	
1	Cirurgião	Dr. Osvaldo Coimbra		10:25	
2	1. Aux. Cirurgião				
3	2. Aux. Cirurgião				
4	3. Aux. Cirurgião				
5	Anestesiado	Dr. Marco Casado		21:51	
6	Clínica Médica				

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Manutenção de Procedimento | <input checked="" type="checkbox"/> Uso de Prótese Óssea |
| <input type="checkbox"/> Dieta II | <input type="checkbox"/> Uso de Pat. De Compressão |
| <input type="checkbox"/> Diário de Anestesiado | <input type="checkbox"/> Uso de Oxigenação |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti RH | <input type="checkbox"/> Sufocação Préventiva |
| <input type="checkbox"/> Longa Permanência | |

RESUMO DE CASO

Acidente sobre superfície de moto, resultando em Fratura do Úmero Proximal Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local necessitando de procedimento cirúrgico. Realizado. Alta Hospitalar após melhora.

Diagnóstico Principal:	Fratura de Úmero Proximal Esquerdo	CID
Diagnóstico Secundário:		CID

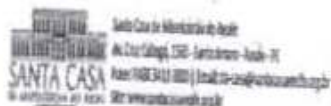
Motivo da Alta

- Curado
 Melhorado
 Transferência
 Óbito
 Acedido
 Outras

Data Internamento:	28/08/19	Data Alta:	04/09/19	Dias de Hospitalização:	07 DIAS
--------------------	----------	------------	----------	-------------------------	---------



Santa Casa de Recife
Relatório Médico de Alta



Nome: **ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA**
Reg.: 657302 Pront.: 1184351
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 12/06/1967
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 32

Admissão: 28/08/2019 22:10

Alta: 04/09/2019 09:39

Admissão:

FRATURA EM ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S42.2 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SAO FRANCISCO	28/08/2019 22:10	04/09/2019 09:39	7 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Dr^o OSVALDO COIMBRA para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10631

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10631





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S422

Recife, 04/09/2019

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



Santa Casa de Recife

Solicitação de Exames

Paciente: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

Telefone: 81997362085

Reg.: 657302

Pront.: 1184351

Dt. Nasc.: 12/06/1987

RG: 7385864

Titular: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

Unidade: ENFERMARIA SAO FRANCISCO

IH No.: 1

Admissão: 28/08/2019 22:10

CID: S422

Data/Hora: 03/09/2019 12:45

Matric:

Leitos: LEITO A07

Convênio: RETAGUARDA GETULIO

OS: 119.234118

Exames Solicitados:

1) RX OMBRO ESQ AP/P

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658

Dr. Henrique João Barbosa
Oncologista - Radioterapia
CRM: 40531





Santa Casa de Misericórdias do Recife
Av. Cruz Cabugi, 1503 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-1800 | Email: sta-casa@santacasa.org.br
Site: www.santacasa.org.br

Registro: 1957202 Prontuário: 1184351 Data de Nascimento: 12/06/87 Idade: 32 ANO(S)
Nome do Paciente: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA
CPF: 0903933478

Data: 03/09/2019

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do Profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR, CRM: 16658. Data e Hora: 03/09/2019 12:43:53.

