





**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 SESSENTA 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 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

Provavelmente com a sua autorização, a Seguradora Líder-DPVAT utilizará seu endereço e e-mail e processará o seu nome

3190660968

10.10.19

Eu Antônio Francisco de Oliveira CPF -
 090-334-334-78 é RG 7.385.864 dei intrada
 em um processo de invalidiz do Seguro-
 DPVAT com o numero de Sinistro 3190660968,
 no dia do acidente 24/08/2019. Fui
 socorrido para o Hospital Nossa Senhora
 de Fátima em panos 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 Misericórdia.
 No Recife para me submeter a tratamento
 cirúrgico de Fratura de úmero proximal
 esquerdo, mandei toda a documentação
 médica que me foi disponibilizada
 para a Seguradora licet, e me fui
 liberado um valor de R\$1.687,00 deu a
 manutenção de uma policia, Vinho para
 meu dessto sorte pedir que meus
 uma policia junto ao médico da
 Seguradora licet, para meu processo
 ser melhor avaliado.

Assinatura: Antônio Francisco de Oliveira

Lidadi: Panos

Data: 10/12/2019

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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTSE 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 %

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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTSE 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 %

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 - OSTEOSSÍNTSE 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.**

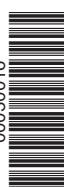
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Carta nº 15258681



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 - OSTEOSSÍNTSE 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 os(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
1 - N° do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima: 090 334 334-78	4 - Nome completo da vítima: Antônio 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: Antônio Francisco de Oliveira	6 - CPF: 090 334 334-78		
7 - Profissão: Inativo	8 - Endereço: TV da alegria	9 - Número: 12	10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Pernambuco	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55470-000
15 - E-mail: -		16 - Tel (DDD): 180 98446-7500	

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:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Ativar uma opção) | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (tudo os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: CONTA:
 Informar o dígito se existir Informar o dígito se existir

AGÊNCIA: CONTA:
 Informar o dígito se existir Informar o dígito se existir

Autentizo à Seguradora Lider 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, quaisquer 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 régio do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a régio do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a régio 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, as custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica na renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo 24 - Cota da morte 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: Sim Não Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (nascidos): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):

36 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo):

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Antônio Francisco de Oliveira
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (fidejacente)

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DINTER1 - 14^a 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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

/// (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: **7385854/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**

/// - 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: **QYA8503** (PERNAMBUCO/AGRESTINA) Renavam: **12040002190** Chassi: **9C2JB0100KR328347**
 Combustível: **GASOLINA**
 Descrição: **PROPRIETARIO: JOSE JEAN DA SILVA**

Complemento / 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 VITIMA 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 HOSPITAL SANTA CASA NA CIDADE DO RECIFE, COMO CONSTA NA DECLARAÇÃO CITANDO O PRONTUARIO 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. registrado por: **CICERO ABILIO 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 documento (N.R.S.L.): **030 334 334-78** 4 - Nome completo da vítima: **Antônio Francisco da Oliveira**

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

5 - Nome completo:	Antônio Francisco da Oliveira		6 - CPF: 030 334 334-78
7 - Profissão: funcionário	8 - Endereço: TV da alegria	9 - Número: 17	10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Pomelos	13 - Estado: PE	14 - CEP: 55470-000
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): (241) 3344-7580		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 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, confirmar comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Selecione para os bancos abaixo. Anexe uma opção)

Itaúco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **3025** CONTA: **9749**

(Informar o dígito se usado) (Informar o dígito se usado) (Informar o dígito se usado)

Autorizo à Seguradora Lider 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, quaisquer total ou valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas automotoras, 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 houver o contrário.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou compatriot(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou compatriot(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **Falecidos** 30 - Vítima deixou neto(na) (nascido): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **Falecidos** 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer declaração 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 - Nome legível de quem assina o pedido (à rago): 35 - Nome legível de quem assina o pedido (à rago): 36 - CPF legível de quem assina o pedido (à rago): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (à rago):	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
---	--

40 - Local e Data: **Pomelos 2021 05/19**

- **Antônio Francisco da Oliveira**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

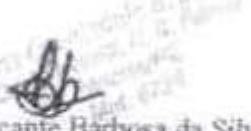


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **ANTÔNIO FRANSICO DE OLIVEIRA**, brasileiro, residente a Rua Cabo Chico- centro do município de Panelas/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.

Panelas, 10 de setembro de 2019.


Iris Cavalcante Barbosa da Silva
Diretora Administrativa

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01285-8

CONTA: 00000009749-7

Nr. Autenticação

BRADESCO05122019050000000002370128500000009749168750 PAGO

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP 50040-062
CNPJ 10.858.522/0011-38
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0065843-87



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo via de fala: 0800 281 6143
Ouvifone: 0800 282 5589
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-737-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187-Ligação Grátis de telefones fixos a todos

DADOS DO CLIENTE ADALCIBERI MARIA DA SILVA CPF: 886.883.364-67 RG: 18233432H18	DATA DE VENCIMENTO 29/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/11/2019 DATA DA APPROVAÇÃO 22/11/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 088164548	CONTA CONTRATO 007007198240 Nº DO CLIENTE 2011433818 Nº DA INSTALAÇÃO 0001232386
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA TV DA ALEGRIA 17 CENTRO/PAMELAS 58470-000 PAMELAS PR	TOTAL A PAGAR (R\$) 121,13	CLASSEIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	RESERVADO AO FISCO 7BEB.9E97.109F.A4E0.F825.F1BE.FFF8.55E8
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2019), tarifas, produtiva, serviços prestados e bônus se encontram à disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.eletro.com.br			

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	MÉDIA APENAS INTERR.	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
INTERRUPÇÕES					
DIC-Falhas nasse suas Energias	0,00	0,47	13,94	38,89	
IFI-Falhas nasse suas Energias	0,00	1,70	5,72	15,44	
DNIT-Desativação de sistema de telecomunicação	0,00	3,80	9,90	3,00	
DNIT-Desativação de interrupções em alta tensão					Linha DNIT: 11,33
INTERRUPÇÕES DE ENERGIA - PIS					
DNIT-Desativação de interrupções de energia - PIS	11,33				
INTERRUPÇÕES DE ENERGIA - PIS					
DNIT-Desativação de interrupções de energia - PIS	11,33				

更多資訊請到 [www.silene.com.tw](#) 網站查詢

Pague seu ponto-mais-perto de vocal ag corretivo paramirim sua coronel medinhe centro mercado do campo e c. e col medinhe corretivo, tal corretivo em www.cedpe.com.br.
Na data de leitura a tarifação em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é comprometido quanto não violação na continuidade individual ou de fluxo de bens de fornecimento.
Paga, em atraso gera multa 25% (R\$ 141,400,00), Juros 1% (R\$ 1,414,00) e estatística ressarcida no prazo, mais
Decorrido pelo atraso da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438/02 - R\$ 50,00.
O Cliente é comprometido quanto não desempenhamento do prazo definido para as provas de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 (dois) dias de faturamento
sendo também ser notificado a causa da disponibilidade de não click em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	203	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

卷之三

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007007198260	11/2019	121,13	29/11/2019	Evita dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

TALÃO DE PAGAMENTO



ANTECEDENTES MECÁNICOS

1996-1997 学年第二学期期中考试高二物理试题



HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE EMERGÊNCIA

Horas: 18:06 Data: 24/08/2019 Prontuário: 107.37.3 sexo: M
 Nome: Antônio Francisco de Oliveira
 Cartão SUS: _____ Profissão: Serralheiro
 DN: 12/06/1982 Idade: 37 Estado Civil: C -
 Cônjugue: _____
 Filiação:
 Mãe: Clara A. do Nascimento
 Pai: José Silveira
 Endereço: R. Covão Chico 27

Equipe Plantonista:

Médico: Dra Tatiane Enfermeiro: Raul Campos

Técnicos de Enf: Jane Sílvia Muciare

Triagem da Enfermagem

Uso de medicamentos: ()sim ()Não Quais: _____

Reações alérgicas: ()sim ()Não Quais: _____

DM () HAS ()

SSVV: PA: 130+50 FC: _____ T: _____ SPO2: _____ Peso: _____
 FR: _____ HGT: _____

Principais queixas:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cefaleia | <input type="checkbox"/> Enxaqueca | <input type="checkbox"/> Quebra urinária |
| <input type="checkbox"/> Cúvicalgia | <input type="checkbox"/> Epigástralgia | <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"/> Vertigem |
| <input type="checkbox"/> Desmaio | <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Vômitos |
| <input type="checkbox"/> Diarréia | <input type="checkbox"/> Gastroenterite | |
| <input type="checkbox"/> Disponéia | <input type="checkbox"/> Hérnia | |
| <input type="checkbox"/> Dor Abdominal | <input type="checkbox"/> IVAS | |
| <input type="checkbox"/> Dor articular | <input type="checkbox"/> Lombargia | |
| <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"/> Nausées | |
| <input type="checkbox"/> Dor tórax | <input type="checkbox"/> Otite | |
| <input type="checkbox"/> Dor costelas | <input type="checkbox"/> Otorragia | |
| | <input type="checkbox"/> Pardas vaginais | |

Outras queixas:

COREN/Aassinatura

História da Doença:

Palmito com dor no
lumbago agudizado (ex: S) desde
último mês. Agora: Dolor lumbago
com perda de disposição.

Exame Físico:

B.G. com dor intensa.
Intens, refrestando.

Diagnóstico provisório:

Contusão / luxad.
Fractura clavicular

Conduta:

① enc pr. Entregue ta UPA apres
② Exame direto UPA

3) Agilizar radiografia

Medida
CRM 10868

16/06/08

Situação instável. Sente-se
dor no tornozelo. HRZ
Síntese: 5756101

Medida
CRM 10868

CRM/Aassinatura



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: Paulo.

Para o Hospital: Regional do Agreste

Esclarecendo ser o mesmo portador de Plaquetas baixas e
edema em ombro esquerdo, após queda

De acordo com o médico. de moto.

PA: 130x80 mm Hg.
Alvaliação e conduta Ortopedista.

Atenciosamente,
Jayane Machado
Médica
CRM 19858

Foto: voltar em 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
Hospit. Santo Amaro
CRF/PE - 13424

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

	Atendimento:	536738	Prontuário:	343976
Nome: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA	Cor:	PARDA	Religião:	
Data Nasc.: 12/06/1987	Idade:	32	RG:	7385864
CPF:			CNS:	700003472825108
Endereço: RUA CABO CHICO			Nº:	28
Bairro: CENTRO	Cidade:	PANELAS	Estado:	PE
CEP: 55470000	Fone:		Profissão:	SERRALHEIRO
Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA				
Acompanhante:				
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA				
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA				

2 - ATENDIMENTO Data: 24/08/2019 19:39 Medico: MEDICO PLANTONISTA

Síntese Principal / HDA:

Ronco intenso de cistite urinária
dor no abdômen

Exame Físico: PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Prescrição: Dieta: _____ Horário: _____

Data: _____

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
RAIO-X
Sobrado DATA 24.08.19

- RX Onitro Ergonito

100 mg de tresp

Bran AP

celine Cimed AP/Trif

Dr. Lula Pinto Ferreira
Cirurgião-Dentista
Centro de Odontologia

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

04/08/19
21:30h

~~Shanida
radiografias evidenciam fratura de clavos metatarsais
enquanto os ossos não é limitação de movimento em
ambas braços numerosos punhado~~

~~co-
O paciente está
e internamento~~

~~EMERGÊNCIA
TACOGRAFIA
ELETROCARDIOGRAMA~~

Paciente Familiar

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

RG: _____

Nome: _____

Tel.: _____

Endereço: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Paciente Familiar

Autorização de Procedimento

RG: _____

Nome: _____

Tel.: _____

Endereço: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

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

Condicao de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

CRM: _____

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

Usuario do Atendimento
SIMONESC



HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Cadastrado

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

Usuario da Interno
JOSEFAAS



536750

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente		Data Inf.: 24/08/2019 22:50	Atendimento: 536750	Nº AIH:
		Prontuário: 343975		
Nome: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA		Sexo: MASCULINO	Cor: PARD	Religião:
D ^a Nasc.: 12/06/1987	Idade: 32	RG: 7385864	CNS: 700003472825108	Nº: 28
CPF:				Estado: PE
Endereço: RUA CABO CHICO		Cidade: PANELAS	Profissão: SERRALHEIRO	
Bairro: CENTRO				
CEP: 55470000	Fone:			
Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA.				
Nome do Conjugue:				
Nome:			Fone:	
Parentesco:		RG:		
2 - Internar Para				
M ^a ica: 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.	Anestesista Ass./Carimbo
				Méd. Assist. Ass./Carimbo
4 - Procedimentos Especiais				
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> VACINA ANTI RH <input type="checkbox"/> USO DE DERIVADOS DE SANGUE <input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE, ORTESE <input type="checkbox"/> USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES <input type="checkbox"/> 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 Reciente:

Antonio F. Gómez

Registro N°:

Chilean

Leite N-

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
		<u>28/08/09</u>
		<u>A.D.O no 813 placa / dor</u>
		<u>814 estab</u>
		<u>5/1000mtraz</u>
		<u>n ocorrência mestr</u>
		<u>C.O hiper /</u>
		<u>G 11-6000s</u>
		<u>G 1000s CICLO</u>
		<u>Jr. Alfredo Lourenço</u>
		<u>Ortopedia-Dor</u>
		<u>CRM-PE 21980</u>

Paciente Antônio Francisco Oliveira

Enfermeira/Leito:

Registro:

Data 26/8/19

		Risco/evolução	Urgência
Diagnósticos de enfermagem:			
Padrão respiratório incômodo relacionado a: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Outros _____		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Instalar oxigenoterapia: _____ l/min <input type="checkbox"/> Máscara de ventilação: _____ % conforme PM <input type="checkbox"/> Aspirar secreções traqueobronquiais: _____ h <input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado a: 30° 30° (- 20°) <input type="checkbox"/> Registrar evolução da função respiratória <input type="checkbox"/> Outros: 	
Risco para aspiração relacionado a: <input type="checkbox"/> Alimentação por sondas <input type="checkbox"/> Presença de TGT ou tubo endotróqueo <input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada <input type="checkbox"/> Outros _____		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Instalar dieta terizada o posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Manter cabeceira do leito elevada durante sono da noite e até 30° após <input type="checkbox"/> Manter kit de aspiração monitorado <input type="checkbox"/> Outros: 	
Risco para infecção relacionado a: <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input type="checkbox"/> Outros _____		<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Verificar SSVV <u>6/6</u> h <input checked="" type="checkbox"/> Registrar sonda flogística <input checked="" type="checkbox"/> Outros: 	
Potencial para temperatura corporal alterada <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia glaciada a: <input type="checkbox"/> Pós-operatório <input type="checkbox"/> Infecções		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aquecer o paciente <input type="checkbox"/> Verificar temperatura à cada: _____ h <input type="checkbox"/> Administrar antitérmicos conforme PM <input type="checkbox"/> Eliminar quando possível os fatores de risco <input type="checkbox"/> Realizar meios frios de: _____ h <input type="checkbox"/> Outros: 	
Dor relacionada a: <input type="checkbox"/> Agentes lesivos: químicos, físicos e/ou psicogênicos		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme PM <input type="checkbox"/> Orientar o paciente quanto à posição analgésica <input type="checkbox"/> Aplicar: <input type="checkbox"/> Frio/terapia <input type="checkbox"/> Crioterapia vez ou dia <input type="checkbox"/> Registar: evolução e características da dor <input type="checkbox"/> Pedir diariamente em queimadas 6h <input type="checkbox"/> Monitorar a ingestão oral 6h ou por sonda <input type="checkbox"/> Comunicar ao serviço da nutrição a necessidade de adequar os alimentos às condições do paciente <input type="checkbox"/> Administrar antinflamatórios conforme PM <input type="checkbox"/> Registrar perdas hidricas <input type="checkbox"/> Outros: 	
Risco/Excesso de volume de líquidos relacionado a: <input type="checkbox"/> Mecanismos reguladores <input type="checkbox"/> Ingesta excessiva de líquido e/ou líquides		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peso diário em água as 6h <input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico: registro de: _____ h <input type="checkbox"/> Administrar diuréticos conforme PM <input type="checkbox"/> Controlar rigurosos das infusões <input type="checkbox"/> Registrar evolução dos edemas <input type="checkbox"/> Realizar: suscita palmar e cardíaca <input type="checkbox"/> Outros: 	
Eliminação urinária prejudicada relacionada a: <input type="checkbox"/> Processo da doença <input type="checkbox"/> Tratamento <input type="checkbox"/> Medicamentos		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Realizar cateterismo conforme PM <input type="checkbox"/> Controlar manter priva e irrigação vaginal <input type="checkbox"/> Registrar queixas <input type="checkbox"/> Outros: 	
Constipação relacionada a: <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: _____		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Incentivar ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Incentivar deambulação <input type="checkbox"/> Registrar frequência e aspecto das eliminações <input type="checkbox"/> Realizar lavagem intestinal conforme PM <input type="checkbox"/> Comunicar ao SNG 	
Diarréia relacionada a: <input type="checkbox"/> Altos níveis de estresse e ansiedade <input type="checkbox"/> Alimentação por sonda <input type="checkbox"/> Excesso de infusões <input type="checkbox"/> Uso de QTc (Causas imprecisadas) <input type="checkbox"/> Outros: _____		<ul style="list-style-type: none"> <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 gotejamento da dieta por SNG/SNE <input type="checkbox"/> Trocar transfusão da dieta a cada 34h 	

Integridade física prejudicada relacionada a:	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Edema <input checked="" type="checkbox"/> Motilidade física prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Síndromes irritantes como: septicose <input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos invasivos <input checked="" type="checkbox"/> Outras 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Renovar curativo _____ vez(es) ao dia (seando) <input checked="" type="checkbox"/> Registrar aspecto da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca de AVP a cada 60h <input checked="" type="checkbox"/> Aplicar enzimoterapia, hidratante e curativo nas áreas de risco <input checked="" type="checkbox"/> Manter lençóis limpos, secos e esterilizados <input checked="" type="checkbox"/> Outros
Defeito no auto-cuidado relacionado para:	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Higiene <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade <input checked="" type="checkbox"/> Fome/ sede <input checked="" type="checkbox"/> Carenagens óticas e ou táticas <input checked="" type="checkbox"/> Alergias <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Outras 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Realizar/auxiliar: higiene corporal no leito uma vez ao dia e quando necessário <input checked="" type="checkbox"/> Registrar condições da pele durante o banho <input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar durante as refeições <input checked="" type="checkbox"/> Estimular a participação de familiares e promover laços para auto-cuidado <input checked="" type="checkbox"/> Realizar/orientar massagem de conforto <input checked="" type="checkbox"/> Realizar/auxiliar mudança de decúbito de _____ h <input checked="" type="checkbox"/> Estimular/auxiliar na desambolação _____ vez(es) ao dia <input checked="" type="checkbox"/> Outros
Risco de inibição da pele prejudicada relacionada a:	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Extremo de Idade <input checked="" type="checkbox"/> Motilidade física prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Hipotermia/Hipertermia <input checked="" type="checkbox"/> Pela úmida <input checked="" type="checkbox"/> Circunstâncias Prejudicadas <input checked="" type="checkbox"/> Função Metabólica ou nutricional Prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Precondições Crônicas 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Realizar/auxiliar supervisões higiene corporal no leito uma vez ao dia e quando necessário <input checked="" type="checkbox"/> Registrar condições da pele durante o banho <input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar durante as refeições <input checked="" type="checkbox"/> Estimular a participação de familiares e promover laços para auto-cuidado <input checked="" type="checkbox"/> Realizar/orientar massagem de conforto <input checked="" type="checkbox"/> Realizar/auxiliar mudança de decúbito de _____ h <input checked="" type="checkbox"/> Estimular/auxiliar na desambolação _____ vez(es) ao dia <input checked="" type="checkbox"/> Aplicar coberturas preventivas
Risco de quedas Relacionados a:	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Ausência de antiaderentes nos lençóis <input checked="" type="checkbox"/> Piso Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Impedimento Físico <input checked="" type="checkbox"/> Física Limitada <input checked="" type="checkbox"/> Estado Mental Deteriorado <input checked="" type="checkbox"/> Entorpecentes <input checked="" type="checkbox"/> Deficiências Auditivas e ou Visuais com ou sem cegueira 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda <input checked="" type="checkbox"/> Solucionar identificação de Piso Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Travar as mãos de maca durante a transferência para outra maca ou cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Manter elevadas as grades de proteção da maca <input checked="" type="checkbox"/> Manter cama em altura adequada para prevenir quedas

Erfassungsfaktoren

Ayanas 195 Vassoura
COREN-PE 27878-1

Técnica em Enfermagem responsável:

Pedra Dura

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Paciente adulto FGB comunitário, envelhecido P.A: 120 x 80, gabinete
funcional - acuta deca, desembalando duplex e vacuômetro (+151C).
medicado segundo as prescrições médicas.

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital Regional do Agreste

Prescrição Médica

OF

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Nome do Paciente: Enfermaria:

Celto:

Nº do Registro:

DATA: 25/08/10

Antônio Francisco de Oliveira

HORA DA
MEDICAÇÃO /
OBSERVAÇÃO

1. DIETA LIVRE SNL

2. CEPACULINA 1000, IV, 6/6H

3. SORO FISIOLÓGICO 2000ML, IV CORRER, VADO EM 24H

4. DIPRIVONA 1G + AD, IV, 6/6H

17' 18' 21' 09'

5. OMEPRAZOL 40MG + AD, IV, 1X AO DIA.

06'

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

F10, 18'

22' 06'

7. TRAMADOL + SFL, 9% 100ML, IV, 8/8H, EM CASO DE DOR FORTE

8. ONDASETRONA 8MG/4ML + SFL, 9% 100ML, IV 8/8H, 5/5H

9. SINAIS VITAIS + CUIDADOS EBBAS

10. ENOXAPARINA 40MG SC, 2X/DIA, EM CASO DE PACIENTE ACAMADO OU FRATURAS EM MEMBROS INFERIORES

11. CIRATIVO DIÁRIO

12. ENCAMINHO PACIENTE PARA ENFERMARIA

13. HGT 6/6H SE PACIENTE DIABÉTICO

14. SE DIABÉTICO INSULINA REGULAR CONFORME PERFI

150-200: 2U // 200-250: 4U // 250-300: 6U // 300 - 350: 8U
350-400: 10U // > 400: 12U

15. CAPTOPRIL 25MG, 1 COMPRIMIDO VO SE PAS > 160MMHG SU // AD > 110MMHG

Dra. Waldenir *[Signature]*
 Ortopedista e Traumatologista
 Cirurgia Pediátrica
 CRM - 15225 - CRDT - 15374

Antonio Francesco Maria

H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: Anônimo

ITEM:

P-16 Orenwa

ERACAO POS ANESTESICA (SRPA)

01-DIETA LIVRE
02-JELCO HIDROLIZADO
03-~~SEGURO DE VIDA~~
04-OMEPRAZOL 40MG EV/DIA
05-DIPIRONA 1AMP+AD EV 5/6H SE NECESSARIO
06-TILATIL 20MG EV + AD EV 12/12H SE NECESSARIO
07-TRAMAL 100MG+SF 0,9% 100ML EV 8/8H LENTO-SEDOAR
08-PLASIL 1 AMP+AD EV 8/8H SE NAUSEAS OU VOMITOS
09-~~CLORAZEPATO~~
10-CURATIVO DIARIO
11-ALTA DA SRPA(PROVIDENCIAR LETTO EM ENFERMARIA)
12-COMUNICAR ANORMALIDADES
13-CCGG+SSV

Parcels
for
Mr. H. W.
Hill,
100-
Cambridge,
Mass.

PACIENTES DIABETICOS. HGT 60H
INSULINA REGULAR CONFORME HGT-
6-150-07 15-1-200=2U/SC 201-250=4U/SC
00-6U/SC 301-350=8U/SC 351-400=10U/SC
MAIOR QUE 400 12U/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: Letto: N° do Registro:

DATA: 27/08/19

PREScriÇÃO MÉDICA	HORA DA MEDICAÇÃO / OBSERVAÇÃO
15. DIETA LIVRE	
17. ACARINA 50MG 10ML	
18. SORO FISIOLÓGICO 2000ML IV CORRER LENTO EM 24H	
19. CIPRIBONA 16 + AD. IV, 5/8H	<i>28/24 06</i>
20. OMEPRAZOL 40MG + AD. IV, 1X AQ DIA.	<i>06</i>
21. TENOXICAM 20MG + AD. IV, 12/12H, SE DOR	
22. TRAMADOL + 5% 100ML, IV, 5/8H, EM CASO DE DOR FORTE	
23. ONDASETRONA 8MG/4ML + 5% 100ML, IV 5/8H, 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-DIÁBIO	
27. ENCAMINHO PACIENTE PARA ENFERMARIA	
28. HGT. 6/8H SE PACIENTE DIABÉTICO	
29. SE DIABÉTICO INSULINA REGULAR CONFORME PERFIL 150-200: 2U // 200-250: 4U // 250-300: 6U // 300 - 350: 8U 350-400: 10U // > 400: 12U	
30. CAPTOPRIL 25MG, 1 COMPRIMIDO VO SE PAS > 160MMHG OU PAD > 110MMHG	

SOLICITO:

LIBERAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE MEDICAMENTO EM PACIENTE INTERNADO

PACIENTE: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

TRAMADOL 50MG, IV, 6/8H

DATA: 28/08/19

ASSINATURA: *[Signature]*

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Regional do Agreste

06

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Unidade de Saúde:

Antônio Manoel de Oliveira

Sexta feira

Nome do Paciente:

Ditto F. DE OLIVEIRA

Leito:

Registro Nº: 343576

DATA HORA PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÃO

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

TEMP.

DIURESE

RESPIR

P.A.

DRENAGEM

TORACICA

DRENOS

KIER

Diafr. /
Inhalo
Inhalo

Prin. OZ
Inhalo

Deca
Oz
Oz

Oz
Oz + CCO

COPM, pte 21980

Otopediatr. 00

Alteredo - tratamento

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

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 5756101 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

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 no úmero proximal (CCD: 040802033-4) + Osteotomia (cod: 040806019-0) – neurólise (cod: 040302007-7)

Crurgião: osvaldo colmara

Anestesista: Diana Anjos

Anestesia: Bloqueio de plexo.

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assinsepsia e antisepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos.
- 4) Realizado incisão colto-peitoral esquerda. Dissecção por planos e hemostasia. Desinserção parcial de peitoral maior. Realizada bursectomia sub-acromial e identificação do foco de fratura em úmero proximal. Osteotomia de fragmento ósseo úmernal.
- 5) Realizada redução da fratura da cabeça úmernal, 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. Neurólise de nervo radial distal à placa. Teno-miografia de peitoral maior.
- 6) Realizado limpeza com SFU,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 N° 3.266-2 de 24/08/2001.

No seu nome oficial: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR, CRM: 16558, Data e Hora: 03/09/2019 12:43:53.



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

Nome do Paciente: Antônio Franchese de Oliveira

Nome da Mãe:

Unidade:

Centro:

Sugestões Iniciais: Constante no Lance Médico

Fratura do Ossão Proximal Esquerdo

Localização e lesão:

Fratura de Ossão Proximal Esquerdo - Nártolo - esquerda

Equipe de Fornecedores Previdência:

Localização Frac. (ad):

Ossão Prox.

Equipe:

Cirurgião:

1. Auxiliar:

2. Auxiliar:

3. Auxiliar:

Anestesista:

4. Enfermeira:

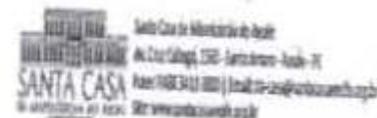
Nome:

Dr. Júlio César Colares

Assistente:

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

ENFERMARIA SAO FRANCISCO

Admissão

28/08/2019 22:10

Alta/Transferência

04/09/2019 09:39

Tempo

7 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº 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


Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedista / Traumatologista
CRM: 10531

Santa Casa de Recife

Solicitação de Exames

Paciente:	ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA	Reg.:	657302	Pront.:	1184351
Telefone:	81997362085	Dt. Nasc.:	12/06/1987	RG:	7385864
Titular:	ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA	Matríc:			
Unidade:	ENFERMARIA SAO FRANCISCO	Leitos:	LEITO A07		
IH No.:	1	Admissão:	28/08/2019 22:10	Convênio:	RETAGUARDA GETULIO
CID:	S422			OS:	119.234118
Data/Hora:	03/09/2019 12:45				

Exames Solicitados:

- 1) RX OMBRO ESQ AP/P

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658


Dr. Henrique Coelho Barbosa
Ortopedista Traumatologista
CRM: 40531

Registro: 557342 Portuario: 1184351 L-act. 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: 09003433478

Data: 03/09/2019

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658

Este documento já assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.100-2 de 24/08/2001.
Nome do responsável: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR, CRM: 16658. Data e Hora: 31/08/2019 12:45:53.