

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

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

PLA 1204002120 ANO 2019

JOSE JEAN DA SILVA

AGRESTINA - PE

110-400-164-35 17A00003

902080100XR228247

FAB MOTOCICLETA MARCA/BIQUELA

HONDA/POV 1101 ANO 2019

2019 2019

2019 2019

2019 2019

2019 2019

2019 2019

2019 2019

2019 2019

2019 2019

2019 2019

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

PE Nº 014958070610 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE JEAN DA SILVA

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 0800 822 1204

AGRESTINA - PE 2019 05/09/19

110-400-164-35 17A00003

1204002120 HONDA/POV 1101

2019 2019

2019 2019

2019 2019

2019 2019

2019 2019

2019 2019

2019 2019

2019 2019

2019 2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 08.248.889/0001-04

DESACQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
NÃO É UM BOM PORTE CARTÃO DE CREDITO

JUL-2019



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

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\$ 37,57 (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).

Preocupado com o meio ambiente, a Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e opta por preservar a floresta.

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-
DPVAT 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 misericórdia
No Recife para me submeter a tratamento
cirurgico de Fratura de umero proximal
esquerdo, mandei Toda a documentação
medica (eu me foi disponibilizada)
para a Seguradora LIDER, e me foi
liberado um valor de R\$ 1.687,00 sem a
marcação de uma pericia, Vinho 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

Lidadi: Parcelas

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE 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 - OSTEOSÍNTESE 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 - OSTEOSÍNTESE 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

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

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



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



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 - OSTEOSÍNTESE 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:

☐ D&M (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro no ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

090.334.334-78 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:

desempregado

8 - Endereço:

TV da Alegria

9 - Número:

20 - Complemento:

11 - Bairro:

Paraisópolis

12 - Cidade:

Paraisópolis

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55470-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(081) 9944-7580

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:

☐ RECUZO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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, 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 Lider 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.

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 do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (de nascença)?

☐ 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 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.

34 -

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

40 - Local e Data, Paraisópolis 20/01/2019

Antônio Francisco de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedutante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 - 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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/8/2019** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOAO TIMOTEO DE ANDRADE, 01 - Bairro: CENTRO - PANEAS/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: 2ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PANEAS, 17, TV DA ALEGRIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PANEAS/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: **QYA8503 (PERNAMBUCO/AGRESTINA)** Renavam: **1204002190** 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 Nº 536738 E PRONTUARIO DE Nº 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 Nº 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 Abílio de Almeida* - Matrícula: 1581678

Imprimir

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou RSL: 3 - CPF de origem: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 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: ☐ RECURSO INFORMAL ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 (Selecione para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Agência: 3225 Conta: 9749

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 as fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), 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 qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.134/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Div) ☐ 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(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasciturus (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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):

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

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 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: 000000009749-7

Nr. Autenticação

BRDESCO051220190500000000023701285000000009749168750 PAGO

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 10.838.932/0001-09
INSCRIÇÃO ESTADUAL 3005843-87



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 29/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao cliente: 0800 281 0142
Ouvidoria: 0800 252 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefonia Fixa
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ADALCIBE MARIA DA SILVA CPF: 035.553.564-57 INSC: 14083432918	DATA DE VENCIMENTO 29/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/11/2019	CONTA CONTRATO 007007195240
	TOTAL A PAGAR (R\$) 121,13	DATA DA APRESENTAÇÃO 22/11/2019	Nº DO CLIENTE 2011432918
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA TV DA ALEGRIA 17 CENTRO/PANELAS 55470-000 PANELAS PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 000222206
RESERVADO AO FISCO 7BEB.9E97.109F.A4E0.FB25.F15E.FFF8.55E8			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	9,36247243	7,37
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	9,40882774	21,48
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	73,00	9,57432991	48,99
Acrescimo Bandeira AMARELA			9,64
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,12
Contrib. Iust. Pública Municipal			27,42
TOTAL DA FATURA			121,13

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
ICMS	PIS	COPIS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO
33,71	28,50	33,42
33,71	0,63	0,66
33,71	4,25	3,98

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
PERÍODO DO MEDIDOR	PERÍODO DA FATURA	MÊS ANTERIOR		MÊS ATUAL		VARIACÃO	CONSUMO EM kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
09/08/2019-18/09/2019	01/10/2019-30/10/2019	09/08/2019	434,30	30/10/2019	883,38	39	1,38930
						9,30	172,08

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES				
INTERUPÇÃO	CONSUMO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL	VALOR MENSAL
Interupção de energia	0,00	0,00	0,00	0,00
Interupção de energia	0,00	0,00	0,00	0,00
Interupção de energia	0,00	0,00	0,00	0,00

<p>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</p> <p>Pague no ponto mais perto de você as contas por meio dos canais eletrônicos ou diretamente no campo e o valor será creditado em sua conta. Para mais informações, consulte o site www.aneel.gov.br.</p> <p>O cliente é responsável quando há variação no consumo individual ou no nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Paga, em atraso, multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido, acrescida de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da data do vencimento.</p> <p>O cliente é responsável quando há desconexão de energia elétrica para não pagamento de energia elétrica comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 3 ciclos de faturamento, podendo também ser cancelado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.</p>	<p>NÍVEL DE TENSÃO</p> <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL (V)</th><th>VALOR DE VARIAÇÃO (V)</th></tr> <tr> <td>220</td><td>200 - 230</td></tr> </table> <p>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</p>	TENSÃO NOMINAL (V)	VALOR DE VARIAÇÃO (V)	220	200 - 230
TENSÃO NOMINAL (V)	VALOR DE VARIAÇÃO (V)				
220	200 - 230				

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

<p>TALÃO DE PAGAMENTO</p> <p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitores óticos.</p>

838100000019 211300110071 007195240104 143717296733

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: Antônio Francisco de Oliveira
Cartão SUS: Profissão: Sematário
DN: 12/06/1987 Idade: 32 A Estado Civil: C
Cônjuge:
Filiação:
Mãe: Ina A. de Silva
Pai: Antônio F. de Oliveira
Endereço: R. Covo Chico 27
Equipe Plantonista:
Médico: Dr. Tatiane Enfermeiro: Paulo Campos
Técnicos de Enf: Jéssica Siqueira Moura

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:

() Cefaleia	() Enxaqueca	() Quozia urinária
() Cólica	() Epigastria	() Taquicardia
() Constipação	() Epistaxe	() Tonturas
() Convulsão	() Escotomas	() Vertigem
() Desmaio	() Febre	() Vômitos
() Diarréia	() Gastroenterite	
() Dispneia	() Hérnia	
() Dor Abdominal	() IVAS	
() Dor articular	() Lombalgia	
() Dor MMSS	() Mal estar geral	
() Dor Nefrética	() Mialgia	
() Dor Pelvica	() Náuseas	
() Dor tórax	() Otite	
() Dor costelas	() Otorrria	
	() Perdas vaginais	

Outras queixas:

COREN/Assinatura
E-mail: hospitalnossasenhora@gmail.com Fone: (81) 3661-1106

História da Doença:

Admitida com dor em
ombro esquerda após queda
de moto tipo moto Honda
de 150cc em 15/05/2015

Exame Físico:

BEG. Comum: Anestesia
local, 1% articulação

Diagnóstico provisório:

Contusão / Luxação
Fratura distal

Conduta:

1) Enc. p/ ortopedia UPA após
2) Exame de radiografia
3) que o indivíduo

16/05/2015
Yonara

10/05/2015
Médico
CRM 19868

Sílvio Luciano. Silva
Ortopedista HRA
Telefone: 5756101

10/05/2015
Médico
CRM 19868

CRM/Assinatura



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 do Agreste

Esclarecendo ser o mesmo portador de trauma com dor +

edema em ombro esquerdo, após queda

De acordo com o médico, de moto.

PA: 130x80 mmHg.

Avaliação e conduta ortopedica.

Atenciosamente
Jayane Machado
Médica
CRM 19868

Fato: voltou 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
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

04/08/19
21300

Obstetria
radiografias evidenciam ruptura de osso parietal
com fratura da base da calvaria e limitação de movimento em
ambos braços. neuromuscular preservado

co- 1) repouso físico
2) internamento

Assinatura: *[Signature]*

CRM: *[Stamp]*

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



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

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Usuário da Intern
JOSEFAAS



536750

1 - Identificação do Paciente Data Int: 24/06/2019 22:50 Atendimento: 536750 N° AIH: _____

Nome: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA Prontuário: 343976

Data Nasc.: 12/06/1987 Idade: 32 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião: _____

CPI: _____ RG: 7385864 CNS: 700003472825108

Endereço: RUA CABO CHICO N°: 28

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: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO

Leito: CORREDOR - EMERG ADULT

Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico): _____ CID: _____

Procedimento Solicitado: _____ COD.: _____

Procedimento Realizado: _____ COD.: _____

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 DEFATORES DE COAGULAÇÃO
- () USO DE OXIGENADORES
- () NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - História Clínica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
24/06/2019 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

28/08/19

At. @ 13h30 / dia 28

Est. estável
Sintomas
e sinais de melhora.

At. @ 14h30
@ 15h30
@ 16h30

Jr. Alfredo Lourenço

Ortopedia - Dor
CRM-PE 21980

Hospital Regional do Agreste Dr Waldemir Fátima - HRA
Coordenação de Enfermagem / Clínica Médica e Cirúrgica
Instrumento do Processo de Enfermagem

Paciente: Antonio Francisco Oliveira

Enfermagem/Leito: _____

Registro: _____

Data: 26/8/99

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção	Monitoria
Padrão respiratório ineficaz relacionado a: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Instalar oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> lítica <input type="checkbox"/> Máscara de ventura _____% conforme PM <input type="checkbox"/> Aspirar secreções traqueobrônquicas _____ h <input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado a: 30° <input type="checkbox"/> 60° () 90° () <input type="checkbox"/> Registrar evolução do padrão respiratório <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Risco para aspiração relacionado a: <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 fechada e posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Manter cabeceira do leito elevada durante administração da dieta e até 30' após <input type="checkbox"/> Manter kit de aspiração montado <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Risco para infecção relacionado a: <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 flogísticos <input checked="" type="checkbox"/> Outros: _____	
Potencial para temperatura corporal alterada <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia relacionado a: <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 relacionada a: <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 analgésica <input type="checkbox"/> Aplicar: () Termoterapia () Crioterapia _____ vezes ao dia <input type="checkbox"/> Registrar evolução e características da dor	
Nutrição alterada: Para male () Para má () relacionada a: <input type="checkbox"/> Incapacidade de ingerir <input type="checkbox"/> Incapacidade para absorver/digerir nutrientes <input type="checkbox"/> Dificuldade na adaptação 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 e/ou por sonda <input type="checkbox"/> Comunicar ao serviço de nutrição a necessidade de adequar os alimentos às condições do paciente <input type="checkbox"/> Administrar antitérmicos conforme PM <input type="checkbox"/> Registrar perdas hídricas <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Risco/Excesso de volume de líquidos relacionado a: <input type="checkbox"/> Mecanismos reguladores <input type="checkbox"/> Ingesta excessiva de líquidos e/ou líquidos	<input type="checkbox"/> Pesquisar diurese 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 rôncos <input type="checkbox"/> Realizar ausculta pulmonar 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	<input type="checkbox"/> Realizar cateterismo conforme PM <input type="checkbox"/> Controlar evasão prévia a irrigação vesical <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: _____	<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 SNO	
Distress relacionado a: <input type="checkbox"/> Altas níveis de estresse e ansiedade <input type="checkbox"/> Alimentação por sonda <input type="checkbox"/> Processo intocatório <input type="checkbox"/> Uso de QT () Causas inespecíficas 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"/> Controlar rigoroso do gerenciamento da dieta por SNG/SNE <input type="checkbox"/> Trocar transfusão da dieta a cada 24h	

Antônio Traveiro de Oliveira

H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: Antônio Traveiro de Oliveira

REQ. 343976

LEITO:

24/08/19

MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

HORÁRIO

ITEM			
01	DIETA LIVRE		
02	DUPIRONA 500MG: 01 COMP. VO, 6/6H	diu 01m e 05 - EV 6/6h.	SUB de
03	VAGUAGEM	diu 01m e 05 - EV 6/6h.	SUB de
04	SSV + CCGG		estimar ciente ciente
05	PACIENTE AGUARDANDO VAGA NA ENFERMARIA		
06	SE INTERCORRÊNCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO		
07	transf 100 g + 54,9% 100ml EV d 8/8h (ano).	de de	
08	transf 01m e 05 - EV d 12/12h	de de	





Assessor de Saúde Cultural
CONEPES 375503-135

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:

Nº do Registro:

DATA: 25/09/19

Antônio Francisco de Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA DA
MEDICAÇÃO /
OBSERVAÇÃO

1. DIETA LIVRE *SNLW*
2. ~~CEPACOLINA 100, IV, 6/6H~~
3. ~~SORO FISIOLÓGICO 2000ML IV CORRER LENTO EM 24H~~
4. DIPHENIDOL 10 + AD, IV, 6/6H *18 24 96*
5. OMEPRAZOL 40MG + AD, IV, 1X AO DIA *96*
6. TENOXICAM 20MG + AD, IV, 12/12H, SE DOR
7. TRAMADOL + SFG 9% 100ML, IV, 8/8H, EM CASO DE DOR FORTE *Fino 18 24 96*
8. ONDASETRONA 8MG/4ML + SFG 9% 100ML, IV 8/8H, 5/5H
9. SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS
10. ~~ENCALAPARINA 40MG SC, 1X/DIA, EM CASO DE PACIENTE ACAMADO OU FRATURAS EM MEMBROS INFERIORES~~
11. ~~CURATIVO 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. CAPTOPRIL 25MG, 1 COMPRIMIDO VO SE PAS > 160MMHG OU PAD > 110MMHG

Dra. Waldenir Ferreira
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia Pediátrica
CRM - 15234 RBO - 15334

Antonio Francisco Oliveira

H.R.A

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (SRPA)

PACIENTE: Américo

no Oitavo

Reg. 343976

AT. 536750

ITEM:

- 01-DIETA LIVRE
- 02-JELCO HIDROLIZADO
- 03-~~SEDOTINACTIL-EEB-888~~
- 04-OMEPRAZOL 40MG EV/DIA
- 05-DIPIRONA 1 AMP+AD EV 6/6H SE NECESSÁRIO
- 06-TILATIL 20MG EV +AD EV 12/12H SE NECESSÁRIO
- 07-TRAMAL 100MG+SF 0.9% 100ML EV 8/8H LENTO SEDOR
- 08-PLASIL 1 AMP+AD EV 8/8H SE NAUSEAS OU VÔMITOS
- 09-~~CLASID-100MG-66-88~~
- 10-CURATIVO DIÁRIO
- 11-ALTA DA SRPA(PROVIDENCIAR LEITO EM ENFERMARIA)
- 12-COMUNICAR ANORMALIDADES
- 13-CCGG+SSVV

Dr. Antonio Francisco Oliveira
CRM: 12585

26/08/19

PACIENTES DIABÉTICOS: HGT 6/6H
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:

Nº do Registro:

DATA: 27/08/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HISTÓRIA DA
NECESSIDADE /
OBSERVAÇÃO

16. DIETA LIVRE

~~17. SERATOZOLINA 1000 MG SC 1X/24H~~

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

19. DIPYRONA 1G + AD, IV, 6/6H

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

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

22. TRAMADOL + SF0,9% 100ML, IV, 8/8H, EM CASO DE DOR FORTE

23. ONGASETRONA 8MG/4ML + SF0,9% 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. ENCAMINHAMENTO 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

SOLICITO:

LIBERAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE MEDICAMENTO EM PACIENTE INTERNO

PACIENTE: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

TRAMADOL 50MG, IV, 6/6H

DATA: 27 de agosto de 2019

ASSINATURA: DR. ALVARO DE OLIVEIRA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Regional do Agreste

OK

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Unidade de Saúde:

Antônio Francisco de Oliveira

Severino 1 et.

Nome do Paciente:

Antônio F. de Almeida

Leito:

Registro Nº: 343976

DATA

HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÃO

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

~~28/04~~

Dieta livre

TEMP.

Isco hidratado

DIURESE

Prisão de ventre

PA

Deixa o medicamento, 12/07/05 - 52 SIN

PA

Deixa o medicamento, 12/07/05 - 52 SIN

DRENAGEM TORÁCICA

500 + CCG

DRENOS

KIER

08612 341WMD
por. expadono
03111111-091111

Edmundo Rodrigues
coordenador
03111111-091111

Paciente E.G.R. consciente,
medicado, apresenta
a seguinte evolução:
segue em cuidados
de enfermagem

11/07/05
11/07/05
11/07/05

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 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 do úmero proximal (COD: 040802033-4) + Osteotomia (cod: 040806019-0) + neurólise (cod: 040302007-7)

Cirurgião: Osvaldo Coimbra

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) 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. Neurólise 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 2.266-2 de 24/08/2001.
Nome do responsável: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR, CRM: 16658, Data e Hora: 03/09/2019 12:43:53.



Relatório Médico de Alta

Nome: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA
Reg.: 657302 Pront.: 1184351
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 12/06/1987
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 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: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



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
Otorrinolaringologista
CRM 10531

Santa Casa de Recife

Solicitação de Exames

Paciente: ANTONIO FRANCISCO DE OLIVEIRA

Telefone: 81997382085

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

Reg.: 657302

Pront.: 1184351

DL Nasc.: 12/06/1987

RG: 7385864

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. Homero Costa Barbosa
Oncologista - Radioterapia
CRM: 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1503 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-1800 | Email: sta-casa@sta-casarecife.org.br
Site: www.sta-casarecife.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: 05033430478

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 Assinante: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR, CRM: 16658, Data e Hora: 03/09/2019 12:43:53.