

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Omar Alberto Echavarría Sanchez</u>		Nacionalidade: <u>Colombiano</u>	
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	Carteira de Identidade: <u>MT705214</u>	
CPF nº: <u>800.309.159-45</u>	Residência: <u>R. Eduardo Angelin, 1108</u>		
Bairro: <u>Montse</u>	Cidade: <u>Bonfaleza</u>	Estado: <u>Ce</u>	CEP: <u>60420-470</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: (85) 98225-8282 (85) 3121-8383
E-mail: KAIRO AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 06 de Janeiro de 2020

x Omar Alberto Echavarría Sanchez
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Omar Alberto Echavarría Sanchez, Colombiano
Soltino, Autônomo, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº
4704214, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 800.309.159-4, residente e
domiciliado(a) na Rua Eduardo Angelim, nº 1108,
Monte, Bairro: Monte, Cep nº 60720-470,
Fortaleza-CE, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira,
não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem
prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº
1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 06 de Janeiro de 2020.

x Omar Alberto Echavarría Sanchez



Type: <i>Type</i>	Cod. país / Country <i>code</i>	Pasaporte N° / Passport No
P	COL	AT704214

Asaporte N° / Passport No
AT704214

Aplicados / Software
ECHAVARRIA SANCHEZ
Nuestros / Given names

OMAR ALBERTO

COLOMBIANA

Fecha de nacimiento / Date of birth
08 SEP/SEP 1995

Scamp / Sex
M
Lugar de nacimiento / Place of birth
MEDELLIN COL

Fecha de expedición / Date of issue
22 MAR/MAR 2017Fecha de vencimiento / Date of expiry
22 MAR/MAR 2027

Núm. personal / Personal No.
CC1035231327

Autonadad / Authority
G. ANTIOQUIA

Firma del titolare: Holder's signature

P<COLECHAVARRIA<SANCHEZ<<OMAR<ALBERTO<<<<<<
AT704214<7COL9509089M2703224C01035231327<<32



República de
Colombia

AT 704214

Toda alteración en este pasaporte implica su invalidez.
Any alteration to this passport will render it invalid.

REPUBLICA DE COLOMBIA



PASAPORTE

"El Gobierno de Colombia solicita a las autoridades nacionales y extranjeras dar al titular del presente pasaporte las facilidades para su normal tránsito y brindarle, en caso de necesidad, la ayuda y cooperación que puedan ser útiles.

The Government of Colombia requests all national and foreign authorities to allow the bearer of this passport to move freely and in case of need to afford such help and assistance as may be necessary.

Le Gouvernement de la Colombie demande aux autorités nationales et étrangères de donner au titulaire du présent passeport, les facilités pour son déplacement normal et de lui procurer l'aide et la coopération qui puissent lui être utiles, en cas de nécessité."





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019855944



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4004 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **25/11/2019 13:04:44**
 Data / Hora da Ocorrência: **09/06/2019 12:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **R MIMOSA, MONTESE - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **OMAR ALBERTO ECHAVARRIA SANCHEZ**
 Nascimento: CPF: **800.309.159-45** UF: _____
 RG : Orgão Emissor: _____
 Filiação: **SARA ELIZABETH SANCHEZ ALZATE**
OMAR ALBERTO ECHAVARRIA RODRIGUEZ
 Endereço: **RUA RAUL CABRAL, 670**
 Bairro: **MONTESE**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: _____
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98565-1520**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, ATRAVESSAVA ANDANDO A RUA MIMOSA QUANDO FOI ATROPELADO POR UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////
 OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



DECLARAÇÃO



192

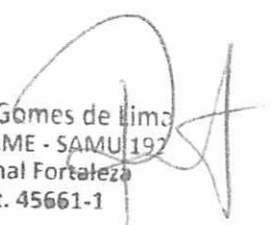
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Omar Alberto Echavarria Sanchez** - C.P.F. - **800.309.159-45**, no dia **09/06/2019**, às **15h38min**, na **Rua Mimosa**, no **Bairro Montese**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P945256/2019**.

Fortaleza, 13 de Novembro de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45859-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P- 945256/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB-14 PONTO DE APOIO: CSA Nº DA OCORRÊNCIA: 0313
DATA: 03/06/2020 TURNO: MT EQUIPE: B (Francisco Rafael Mendes)
NOME: OMAR ALBERTO ECHAVARRIA SANCHEZ IDADE: 23a SEXO: M
ENDEREÇO: RUA: MIMOSA, 44

REFERÊNCIA:

QTY: 1532 QUS: 15:38 QUY: 16:22 QUU: 16:42
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Queixa de dor (colapso de pulmão)

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

- ☐ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

- ☐ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

- ☐ PRESENTE
☐ AUSENTE

- ☐ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR:

B
Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO

- ☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

- ☐ NORMAL
☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

- ☐ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

- ☐ NORMAL
☐ ALTERADA:

C
Circulação

PULSO

- ☐ NORMOCÁRDICO ☒ CHEIO
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

PELE

- ☐ CORADA ☐ SUDOREICA
☐ PÁLIDA ☐ SECA
☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

- ☐ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

- ☐ SIM
☐ NÃO

LOCAL:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)

ABERTURA OCULAR

- ESPONTÂNEA ☒ 4
À VOZ ☐ 3
À DOR ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

TOTAL:

15

RESPOSTA VERBAL

- ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5
CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

RESPOSTA MOTORA

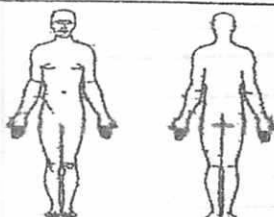
- OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
LOCALIZA A DOR ☐ 5
MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

PÚPILAS:

- ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E
Exatidão

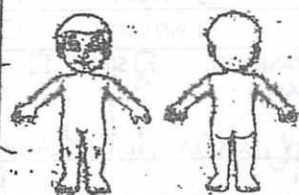
ADULTO



LESÕES

Paciente relata que não sofreu
ferida de corte. Tem um
alívio por causa da
dor. O paciente não
sente dor e não sente
nenhuma dor.

PEDIÁTRICO



FC: 78 PA: — FR: 18 GLIC: — OXIM.: — TEMP.: —

PREScrição Médica	CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Relato sobre que não sofreu queda de moto e sim
 movimento por parte. Não sintoma, orientado
 por protocolo, esfuado. apresentando lesões no membro
 inferior e edema e abase na perna esquerda.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: 152 Centro

LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO: ☐

BOLETIM EMERG: ☐

BITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O-TRANSPORTE

ENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

DO RESPONSÁVEL: Barina Biniar de Loturo de Sousa

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

DR. WALDER RAMOS
 CRM: 1488

09/06/2019 às 18 hs

ONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

RIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

TERMO DE RECUSA

RG / CPF

LARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO

U EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

NATURA:

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 22/10/2019 12:5:10

Por: MÂRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 09/06/2019 16:06:48	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 898005178840757	NOME: OMAR ALBERTO ECHAVARRIA SANCHEZ			Registro: 5620797	
CPF: 80030915945	RG:	D. NASC: 08/09/1995	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: SARA ELISABECT SANCHEZ ALZATE			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: tenente barbosa		Nº: 57	BAIRRO: aerdandia	
COMPLEMENTO: BL A AP 103	TELEFONE: 998778876	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP:	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: samu usb 14 cond rafael		PARENTESCO:		TELEFONE: 998778876	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre, Pedestre traumatizado em colisão com um automóvel (carro, pickup ou caminhonete)					
QUEIXAS: pedestre atropelado por carro com tce vinha com amigo abrasao samu fortaleza					
OBSERVAÇÕES: foi trazido porque estava com menor que sofreu tce					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Esala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese: <i>ATENDIMENTO DE PROTOCOLO TIPO 1</i>					
Exame Físico: <i>PELO SISTEMA C. 003</i>					
Condução: <i>DATA 22/10/2019</i> <i>MATRICULA 51022</i>					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 22/10/2019 12:5:10

Por: MÁRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 09/06/2019 16:06:48	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 898005178840757	NOME: OMAR ALBERTO ECHAVARRIA SANCHEZ				Registro: 5620797		
CPF: 80030915945	RG:	D. NASC: 08/09/1995	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: SARA ELISABECT SANCHEZ ALZATE				NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: tenente barbosa		Nº: 57	BAIRRO: aerlandia			
COMPLEMENTO: BL A AP 103	TELEFONE: , 998778876	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP:		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: samu usb 14 cond rafael		PARENTESCO:			TELEFONE: 998778876		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre, Pedestre traumatizado em colisão com um automóvel (carro, pickup ou caminhonete)							
QUEIXAS: pedestre atropelado por carro com tce vinha com amigo abrasao samu fortaleza							
OBSERVAÇÕES: foi trazido porque estava com menor que sofreu tce							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese: <i>ATENDIMENTO DE PROTEÇÃO CIVIL</i>							
Exame Físico: <i>PARA TRIAGEM</i>							
Condução: <i>DATA 22/10/2019</i>							
MATRÍCULA <i>51072</i>							
SERVIDOR(A) <i>[assinatura]</i>							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 09/06/2019 16:16:38

Por: ELIZETE CONCEIÇÃO RIOS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 09/06/2019 16:06:48	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 898005178840757	NOME: OMAR ALBERTO ECHAVARRIA SANCHEZ				Registro: 5620797		
CPF: 80030915945	RG: 14.457.110	D. NASC: 08/09/1995	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: SARA ELISABETH SANCHEZ ALZATE				NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: tenente barbosa		Nº: 57	BAIRRO: aerolandia		
COMPLEMENTO: BL A AP 103		TELEFONE: 998778876	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP:	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: samu usb 14 cond rafael		PARENTESCO:		TELEFONE: 998778876			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre, Pedestre traumatizado em colisão com um automóvel (carro, pickup ou caminhonete)							
QUEIXAS: pedestre atropelado por carro com tce vinha com amigo abraço samu fortaleza							
OBSERVAÇÕES: foi trazido porque estava com menor que sofreu tce							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICO GERAL							
ATENDIMENTO MÉDICO							

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

Fratura do Tornozelo Esquerdo.

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 09/06/2019	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: <i>[Assinatura]</i> DR. WALDER RAMOS CREMEC-4408

16h 30min

**CÓDIGO
CIRÚRGICO**



PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

T. Nascimento

Data: 9.6.19 às 18.00

Frauma exposta de osso do maxilar G59

CONDUTA:

União na urgência

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

Everson Rabelo
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 17094

Data: / / às : h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

Data: / / às : h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:

Data: / / às : h

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h) SN(h)

P.A:

T:

FC:

FR:

DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência

☐ Óbito

☐ Internação

☐ Alta Médica

☐ Alta à pedido

☐ Evasão

Data: / / às : h Ass./Carimbo Médico:

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não

Data: / / às : h

Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e esaj.tce.jus.br, protocolado em 16/03/2020 às 11:11, sob o número 02185380520208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0218538-05.2020.8.06.0001 e código 62E1BD8.

Resumo de alta

NOME: OMAR ALBERTO ECHAVARRIA SANCHEZ

LEITO: 2130

DATA DE 09/06/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 12/07/2019

BE/PRONT: 5620797

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 23

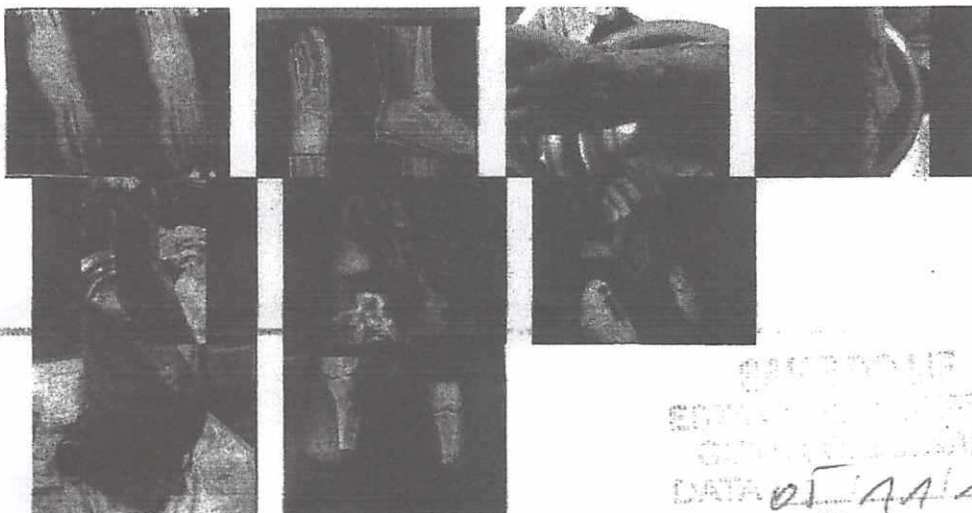
DIAGNOSTICOS: Fraturas múltiplas do pé (OPERADA)

CONDUTA EM 09/06/19, FRATURA EXPOSTA DE 2° E 3° METATARSO ESQUERDO, REALIZAD DESBRIDAMENTO CIRURGICO E OSTEOSINTESE NO DIA DO TRAUMA, EVOLUINDO COM INFECCAO GRAVE EM MIE (REALIZADAS LIMPEZAS CIRURGICA EM 14/06; 19/06 E 21/06), RISCO DE SEPSE IMINENTE. REALIZADA AMPUTACAO TRANSTIBIAL ESQ EM 26/06/19 E ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA. ALTA: ANALGESIA PRESCRITA + RETORNO AMBULATORIO DR SALES EM 15 DIAS (MARCAR)

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: INDEFINIDO

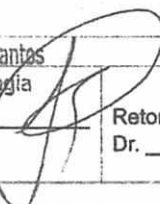
RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



CAUTION
 EDICAO DE FOLHA
 DATA 05/07/19
 VMP

Mapa de Cirurgias

Dias Int. # Hora Leito Staff Residentes Material Observação Status da marcação

Dra. Amanda Progenio dos Santos Ortopedia e Traumatologia			Retomar dia: ____/____/____	Hora: ____ para
Ass.: Médica Residente CREMEC 20203	Dr. _____			
Data: 12/07/19				

SINISTRO 3190673810 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA OMAR ALBERTO ECHAVARRIA SANCHEZ
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO OMAR ALBERTO ECHAVARRIA SANCHEZ
CPF/CNPJ: 80030915945

Posição em 16-03-2020 11:04:13

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/12/2019	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50