

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, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190376487

Vítima: EMANOELE DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 11/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMANOELE DA SILVA SOARES

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, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190376487

Vítima: EMANOELE DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 11/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EMANOELE DA SILVA SOARES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assinado por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

111.900.094-71

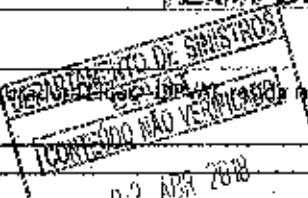
Nome completo da vítima

EMANOEL DA SILVA SOARES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	EMANOEL DA SILVA SOARES	CPF titular da conta	111.900.094-71	Profissão	DO CAR
Endereço	EG ESPERANÇA	Número	13	Complemento	CSA
Raítre	EG ESPERANÇA	Cidade	PALMARES	Estado	PERNAMBUCO
Email	GIVALDOBOMBEIRO@YAHOO.COM.BR		CEP	55540-000	
			Telefone (DDDI)	(81) 3662-3316	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, que o endereço informado é o endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.


FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR
 R\$ 0,001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00
 ATÉ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale um ou mais):
 BRADESCO (337) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (Itaú ou Banco do Brasil):

BANCO
 N.º
 Agência
 N.º
 D/V
 Conta
 N.º
 D/V

AGÊNCIA
 N.º
 0916
 Informar dígito se existir

CDNTA
 N.º
 64004
 D/V
 Informar dígito se existir

AGÊNCIA
 N.º
 D/V
 Informar dígito se existir

CDNTA
 N.º
 D/V
 Informar dígito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PALMARES-PE, 15 de MARÇO de 2018

Local e Data

Emanoel da Silva Soares

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário:

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

111.900.094-71

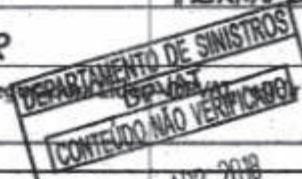
Nome completo da vítima

EMANOELE DA SILVA SOARES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	EMANOELE DA SILVA SOARES	CPF titular da conta	111.900.094-71	Profissão	DO LAR	
Endereço	EG ESPERANÇA	Número	13	Complemento	CASA	
Bairro	EG ESPERANÇA	Cidade	PALMARES	Estado	PERNAMBUCO	
Email	GIVALDO BOMBEIRO@YAHOO.COM.BR				CEP	55540-000
					Telefone (DDD)	(81) 3662-3316

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider, que a cópia do comprovante de residência do endereço informado, no endereço acima. Segue, em anexo, DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT.



02 ABR 2018

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	12 JUN 2019	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para as Bahias, Alagoas, Assinale uma opção)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			Nome	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	NRO.
0916		64004	4	
(Informar dígito se existir)				

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PALMARES-P.E. 15 de MARÇO de 2018

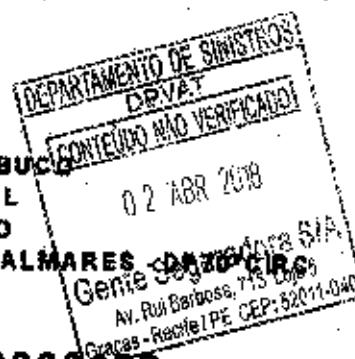
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

432897

0114646/18



02 ABR 2018

Genie - DATA: 02/04/2018
Av. Rui Barbosa, 715
Cidade - Recife/PE CEP: 52011-040

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 070^ª CIRCUÍTICAO - PALMARES
DINTER/13^ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0160000433

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/03/2018 às 16:35

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Delegado (Consumado) que aconteceu no dia 11/12/2017 às 00:18

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE PALMARES, 1, BR-101 SUL PRÓXIMO AO ENGENHO SANTA
FE, PALMARES/PE - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE CONSTATINO DA SILVA (OUTRO)
EMANOEL DA SILVA SOARES (VITIMA)

POLÍCIA CIVIL DE PE
CIA DE POLÍCIA DE PALMARES
[Signature]

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

JOSE CONSTATINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 11/12/2000 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

EMANOEL DA SILVA SOARES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: EVANEIOL AVELINO DA SILVA Pai: PAULO DE OLIVEIRA SOARES Data de Nascimento: 08/01/1992 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE PALMARES, 13, BLOCO ESPERANÇA 13 QUADRA 14, PALMARES/PE - CEP: 56600-000 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
Mãe: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 11/12/2000 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE CONSTATINO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEEX9618 (PERNAMBUCO/PALMARES) Renavam: 2728000028 Chassi: 902JC4228AH207785
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: ALCOOL/GÁSOL

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA JA CITADA NESTE BOLETIM, PELA BR-101 SENTIDO DA CIDADE DE JOAQUIM NABUCO A PALMARES, QUANDO NAS IMEDIACOES DA PONTE DO ENGENHO SANTA FÉ, UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRONTE DA MOTOCICLETA E QUANDO A A VITIMA TENTOU DESVIAR, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU SEGUNDO O ATENDIMENTO N° 078897 PARA O HOSPITAL REGIONAL DOS PALMARES PRONTUARIO DE N° 28883, ATENDIMENTO N° 078898. A VITIMA TEVE FRATURA EXPOSTA NA Perna ESQUERDA SENDO TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS. BEM MAIS ENGENHO ESTE BDE.

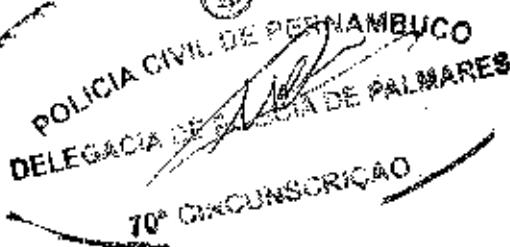
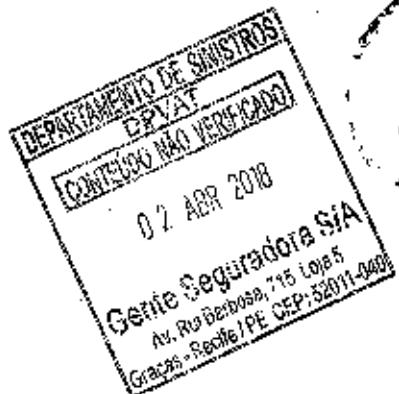
Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade policial

JOSE CONSTATINO DA SILVA
(OUTRO)

Emanoelle da Silva Soares

EMANOELLE DA SILVA SOARES
(VITIMA)

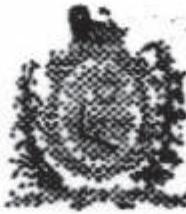
S.O. registrado por: MARCELO CAVALCANTI SOUZA LINS - Matrícula: 319728-8



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



432897
0114646/18

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lj. 5
Recife - PE CEP: 52011-040

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 070^a CIRCUNSCRIÇÃO - PALMARES
DINTER1/13^a DESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA N°. 18E0160000433

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/03/2018 às 16:35

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Delito (Consumado) que aconteceu no dia 11/12/2017 às 09:18

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE PALMARES, 1, BR-101 BUL PROXIMO AO ENGENHO SANTA FE, PALMARES/PE - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE CONSTATINO DA SILVA (OUTRO)
EMANOLE DA SILVA SOARES (VITIMA)

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PALMARES

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

JOSE CONSTATINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/2000 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

EMANOLE DA SILVA SOARES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: EVANEIDE AVELINO DA SILVA Pai: PAULO DE OLIVEIRA SOARES Data de Nascimento: 8/8/1982 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE PALMARES, 13, ENG ESPERANÇA 13 QUADRA 14, PALMARES / PE - CEP: 56600-000 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
Mãe: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/2000 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE CONSTATINO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA MÁO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PE X8618 (PERNAMBUCO/PALMARES) Renavam: 272800022 Chassi: 9G2AC4229AR297765
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

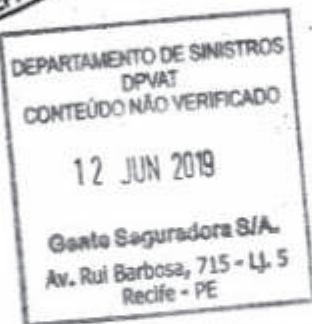
A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA JA CITADA NESSO BOLETIM, PELA BR-101 SENTIDO DA CIDADE DE JOAQUIM NABUCO A PALMARES, QUANDO NAS IMEDIACOES DA PONTE DO ENGENHO SANTA FÉ, UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTA DA MOTOCICLETA E QUANDO A VITIMA TENTOU DESVIAR, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU SEGUNDO O ATENDIMENTO N° 678897 PARA O HOSPITAL REGIONAL DOS PALMARES PRONTUARIO DE N° 28632, ATENDIMENTO N° 678896. A VITIMA TEVE FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA SENDO TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS. SEM MAIS ENCERRAR ESTE BOE.

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

JOSE CONSTATINO DA SILVA
(OUTRO)

Emanoelle da Silva Soares
EMANOELLE DA SILVA SOARES
(VITIMA)

B.O. registrado por: MARCELO CAValcanti GOUVEIA LINS - Matrícula: 319726-3



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu **REPRESENTANTE LEGAL*** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal*");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal*").

Casos com vítima Interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal*").

Nome Completo da Vítima

EMANUELE DA SILVA SOARES

CPF da vítima

111.900.094-71

Data do Acidente

11.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

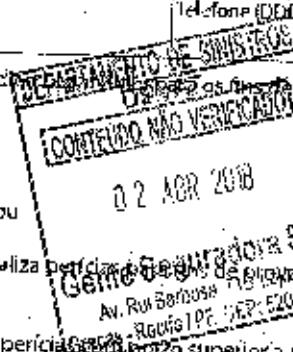
CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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

Assinatar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias devidamente qualificadas para o pedido de Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias devidamente qualificadas, mas o prazo superior a 90 (noventa) dias



02 MAR 2018

GETULIO VARGAS 1250 - 5º ANDAR
Av. Rio Branco - Centro - RJ - 20011-000

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica à custa da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PALMAS/PR, 15 de MARÇO de 2018

Local e Data

Emmanuel da Silva Soares

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

EMANOEL DA SILVA SOARES

CPF da Vítima

111.900.094-71

Data do Acidente

11.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

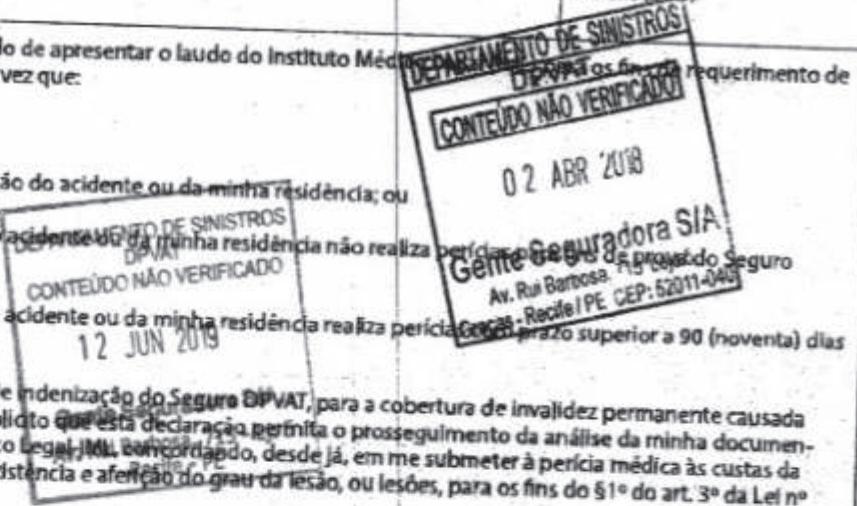
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a obtenção da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia médica no prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia médica no prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML). Concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



PALMARES-PE, 15 de MARÇO de 2019

Local e Data:

Comanalle da Silva Soares

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins, que
Emanoelle da Silva Soares, brasileiro(a),

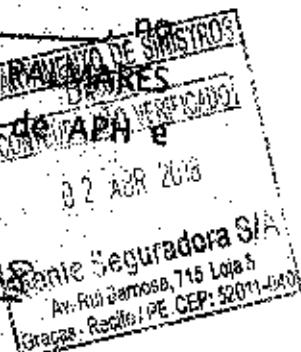
8.825.532 portador do RG nº
111.900.094-41 orgão expedidor SDS-PE e CPF nº

Rua quadra 14 casa 13 Quilombo II, residente à
nesta cidade de Palmares,

acidente na localidade Br 101, foi vítima de

dia 11/12/2018, e foi socorrido pela viatura do SAMU, sob o protocolo 192, onde foi realizado os procedimentos de APH e encaminhado ao Hospital de Referência.

Palmares-PE, 01 de fevereiro de 2019



Sandra Ferraz
Enfermeira
ENFERMEIRO(A) DE PLANTA
GERONCIO BORBA
CORREN Nº

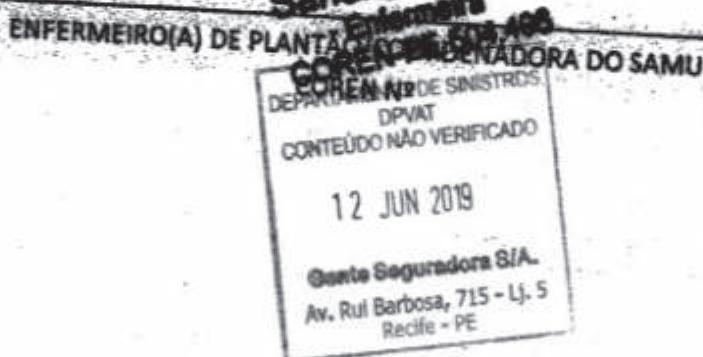
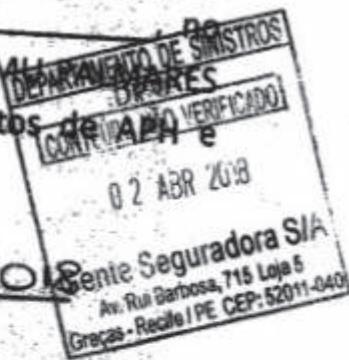
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins, que
Emanoelle da Silva Soares, brasileiro(a),
8.825.532 portador do RG nº
111.900.094-41 orgão expedidor SDS-PE e CPF nº
Rua quadra 14 casa 13 quilombo II, residente à
nesta cidade de Palmares,
acidente na localidade Br 101 foi vítima de
dia 11.12.2014, e foi socorrido pela viatura do SAMU
sob o protocolo 192, onde foi realizado os procedimentos de
encaminhado ao Hospital de Referência.

Palmares-PE, 01 de fevereiro

de 2018



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMANOELE DA SILVA SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00916

CONTA: 00000064004-4

Nr. da Autenticação 27CD98C0EC94687B



LIGERSON & SUSTINHO DA SILVA

CPG-532 402 124 06

RESIDENTIAL
Mortgage

蒙古語詞典

CENTROPALMARES.
PALMARES 54
5550.000

13652818 - 13702219
MAIL ROOM USE

Consumption (kWh)	Consumption	Price/kWh	Value/kWh
Consumption (kWh) and Purchase	217,660,900	0,00359195	80,000,000
Value per kWh	0,00359195		142,33
Units per kWh	217,660,900		13,14
Units per kWh	0,00359195		4,52
Attributed to ICPH-E	0,00359195		0,38
Attributed to ICPH-E	0,00359195		0,38

TOTAL DISABILITIES

1537

NO CO. HEX-9302	TRG DA TURKCO	ANTERIOR 330000 P	ANTERIOR 450000 P	POSTERIOR 330000 P	POSTERIOR 450000 P	POSTERIOR 600000 P	POSTERIOR 750000 P	POSTERIOR 900000 P	POSTERIOR 1050000 P	POSTERIOR 1200000 P	POSTERIOR 1350000 P	POSTERIOR 1500000 P
--------------------	------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

PARÁGRAFO 1º
ESTADO DE SÃO PAULO
CÓDIGO DE JUSTIÇA MATERIAIS
1.º DEZEMBRO DE MIL E MILHORÉIS E DEZ

12 APR 2010

313

ATENÇÃO! Adicione o nome da clínica no final do preenchimento.

Ergonomics in Design

Customer		Order		Product		Quantity		Unit Price		Amount	
Customer ID	Customer Name	Order ID	Order Date	Product ID	Product Name	Quantity	Unit	Unit Price	Amount	Unit Price	Amount
100	Customer 1	10001	2023-01-01	10001	Product A	100	EA	100.00	10000.00	100.00	10000.00
101	Customer 2	10002	2023-01-02	10002	Product B	200	EA	50.00	10000.00	50.00	10000.00
102	Customer 3	10003	2023-01-03	10003	Product C	300	EA	30.00	9000.00	30.00	9000.00
103	Customer 4	10004	2023-01-04	10004	Product D	400	EA	20.00	8000.00	20.00	8000.00
104	Customer 5	10005	2023-01-05	10005	Product E	500	EA	15.00	7500.00	15.00	7500.00
105	Customer 6	10006	2023-01-06	10006	Product F	600	EA	10.00	6000.00	10.00	6000.00
106	Customer 7	10007	2023-01-07	10007	Product G	700	EA	8.00	5600.00	8.00	5600.00
107	Customer 8	10008	2023-01-08	10008	Product H	800	EA	6.00	4800.00	6.00	4800.00
108	Customer 9	10009	2023-01-09	10009	Product I	900	EA	4.00	3600.00	4.00	3600.00
109	Customer 10	10010	2023-01-10	10010	Product J	1000	EA	3.00	3000.00	3.00	3000.00
110	Customer 11	10011	2023-01-11	10011	Product K	1100	EA	2.00	2200.00	2.00	2200.00
111	Customer 12	10012	2023-01-12	10012	Product L	1200	EA	1.50	1800.00	1.50	1800.00
112	Customer 13	10013	2023-01-13	10013	Product M	1300	EA	1.00	1300.00	1.00	1300.00
113	Customer 14	10014	2023-01-14	10014	Product N	1400	EA	0.80	1120.00	0.80	1120.00
114	Customer 15	10015	2023-01-15	10015	Product O	1500	EA	0.60	900.00	0.60	900.00
115	Customer 16	10016	2023-01-16	10016	Product P	1600	EA	0.40	640.00	0.40	640.00
116	Customer 17	10017	2023-01-17	10017	Product Q	1700	EA	0.20	340.00	0.20	340.00
117	Customer 18	10018	2023-01-18	10018	Product R	1800	EA	0.10	180.00	0.10	180.00
118	Customer 19	10019	2023-01-19	10019	Product S	1900	EA	0.05	95.00	0.05	95.00
119	Customer 20	10020	2023-01-20	10020	Product T	2000	EA	0.02	40.00	0.02	40.00
120	Customer 21	10021	2023-01-21	10021	Product U	2100	EA	0.01	21.00	0.01	21.00
121	Customer 22	10022	2023-01-22	10022	Product V	2200	EA	0.005	11.00	0.005	11.00
122	Customer 23	10023	2023-01-23	10023	Product W	2300	EA	0.002	4.60	0.002	4.60
123	Customer 24	10024	2023-01-24	10024	Product X	2400	EA	0.001	2.40	0.001	2.40
124	Customer 25	10025	2023-01-25	10025	Product Y	2500	EA	0.0005	1.25	0.0005	1.25
125	Customer 26	10026	2023-01-26	10026	Product Z	2600	EA	0.0002	0.52	0.0002	0.52
126	Customer 27	10027	2023-01-27	10027	Product AA	2700	EA	0.0001	0.27	0.0001	0.27
127	Customer 28	10028	2023-01-28	10028	Product BB	2800	EA	0.00005	0.14	0.00005	0.14
128	Customer 29	10029	2023-01-29	10029	Product CC	2900	EA	0.00002	0.07	0.00002	0.07
129	Customer 30	10030	2023-01-30	10030	Product DD	3000	EA	0.00001	0.03	0.00001	0.03
130	Customer 31	10031	2023-01-31	10031	Product EE	3100	EA	0.000005	0.0155	0.000005	0.0155
131	Customer 32	10032	2023-02-01	10032	Product FF	3200	EA	0.000002	0.0064	0.000002	0.0064
132	Customer 33	10033	2023-02-02	10033	Product GG	3300	EA	0.000001	0.0033	0.000001	0.0033
133	Customer 34	10034	2023-02-03	10034	Product HH	3400	EA	0.0000005	0.0017	0.0000005	0.0017
134	Customer 35	10035	2023-02-04	10035	Product II	3500	EA	0.0000002	0.0007	0.0000002	0.0007
135	Customer 36	10036	2023-02-05	10036	Product JJ	3600	EA	0.0000001	0.00036	0.0000001	0.00036
136	Customer 37	10037	2023-02-06	10037	Product KK	3700	EA	0.00000005	0.000185	0.00000005	0.000185
137	Customer 38	10038	2023-02-07	10038	Product LL	3800	EA	0.00000002	0.000076	0.00000002	0.000076
138	Customer 39	10039	2023-02-08	10039	Product MM	3900	EA	0.00000001	0.000039	0.00000001	0.000039
139	Customer 40	10040	2023-02-09	10040	Product NN	4000	EA	0.000000005	0.000019	0.000000005	0.000019
140	Customer 41	10041	2023-02-10	10041	Product OO	4100	EA	0.000000002	0.0000078	0.000000002	0.0000078
141	Customer 42	10042	2023-02-11	10042	Product PP	4200	EA	0.000000001	0.0000039	0.000000001	0.0000039
142	Customer 43	10043	2023-02-12	10043	Product QQ	4300	EA	0.0000000005	0.00000195	0.0000000005	0.00000195
143	Customer 44	10044	2023-02-13	10044	Product RR	4400	EA	0.0000000002	0.00000078	0.0000000002	0.00000078
144	Customer 45	10045	2023-02-14	10045	Product SS	4500	EA	0.0000000001	0.00000039	0.0000000001	0.00000039
145	Customer 46	10046	2023-02-15	10046	Product TT	4600	EA	0.00000000005	0.000000195	0.00000000005	0.000000195
146	Customer 47	10047	2023-02-16	10047	Product UU	4700	EA	0.00000000002	0.000000078	0.00000000002	0.000000078
147	Customer 48	10048	2023-02-17	10048	Product VV	4800	EA	0.00000000001	0.00000039	0.00000000001	0.00000039
148	Customer 49	10049	2023-02-18	10049	Product WW	4900	EA	0.000000000005	0.000000195	0.000000000005	0.000000195
149	Customer 50	10050	2023-02-19	10050	Product XX	5000	EA	0.000000000002	0.00000078	0.000000000002	0.00000078
150	Customer 51	10051	2023-02-20	10051	Product YY	5100	EA	0.000000000001	0.00000039	0.000000000001	0.00000039
151	Customer 52	10052	2023-02-21	10052	Product ZZ	5200	EA	0.0000000000005	0.000000195	0.0000000000005	0.000000195
152	Customer 53	10053	2023-02-22	10053	Product AA	5300	EA	0.0000000000002	0.00000078	0.0000000000002	0.00000078
153	Customer 54	10054	2023-02-23	10054	Product BB	5400	EA	0.0000000000001	0.00000039	0.0000000000001	0.00000039
154	Customer 55	10055	2023-02-24	10055	Product CC	5500	EA	0.00000000000005	0.000000195	0.00000000000005	0.000000195
155	Customer 56	10056	2023-02-25	10056	Product DD	5600	EA	0.00000000000002	0.00000078	0.00000000000002	0.00000078
156	Customer 57	10057	2023-02-26	10057	Product EE	5700	EA	0.00000000000001	0.00000039	0.00000000000001	0.00000039
157	Customer 58	10058	2023-02-27	10058	Product FF	5800	EA	0.000000000000005	0.000000195	0.000000000000005	0.000000195
158	Customer 59	10059	2023-02-28	10059	Product GG	5900	EA	0.000000000000002	0.00000078	0.000000000000002	0.00000078
159	Customer 60	10060	2023-02-29	10060	Product HH	6000	EA	0.000000000000001	0.00000039	0.000000000000001	0.00000039
160	Customer 61	10061	2023-03-01	10061	Product II	6100	EA	0.0000000000000005	0.000000195	0.0000000000000005	0.000000195
161	Customer 62	10062	2023-03-02	10062	Product JJ	6200	EA	0.0000000000000002	0.00000078	0.0000000000000002	0.00000078
162	Customer 63	10063	2023-03-03	10063	Product KK	6300	EA	0.0000000000000001	0.00000039	0.0000000000000001	0.00000039
163	Customer 64	10064	2023-03-04	10064	Product LL	6400	EA	0.00000000000000005	0.000000195	0.00000000000000005	0.000000195
164	Customer 65	10065	2023-03-05	10065	Product MM	6500	EA	0.00000000000000002	0.00000078	0.00000000000000002	0.00000078
165	Customer 66	10066	2023-03-06	10066	Product NN	6600	EA	0.00000000000000001	0.00000039	0.00000000000000001	0.00000039
166	Customer 67	10067	2023-03-07	10067	Product OO	6700	EA	0.000000000000000005	0.000000195	0.000000000000000005	0.000000195
167	Customer 68	10068	2023-03-08	10068	Product PP	6800	EA	0.000000000000000002	0.00000078	0.000000000000000002	0.00000078
168	Customer 69	10069	2023-03-09	10069	Product QQ	6900	EA	0.000000000000000001	0.00000039	0.000000000000000001	0.00000039
169	Customer 70	10070	2023-03-10	10070	Product RR	7000	EA	0.0000000000000000005	0.000000195	0.0000000000000000005	0.000000195
170	Customer 71	10071	2023-03-11	10071	Product SS	7100	EA	0.0000000000000000002	0.00000078	0.0000000000000000002	0.00000078
171	Customer 72	10072	2023-03-12	10072	Product TT	7200	EA	0.0000000000000000001	0.00000039	0.0000000000000000001	0.00000039
172	Customer 73	10073	2023-03-13	10073	Product UU	7300	EA	0.00000000000000000005	0.000000195	0.00000000000000000005	0.000000195
173	Customer 74	10074	2023-03-14	10074	Product VV	7400	EA	0.00000000000000000002	0.00000078	0.00000000000000000002	0.00000078
174	Customer 75	10075	2023-03-15	10075	Product WW	7500	EA	0.00000000000000000001	0.00000039	0.00000000000000000001	0.00000039
175	Customer 76	10076	2023-03-16	10076	Product XX	7600	EA	0.000000000000000000005	0.000000195	0.000000000000000000005	0.000000195
176	Customer 77	10077	2023-03-17	10077	Product YY	7700	EA	0.000000000000000000002	0.00000078	0.000000000000000000002	0.00000078
177	Customer 78	10078	2023-03-18	10078	Product ZZ	7800	EA	0.000000000000000000001	0.00000039	0.000000000000000000001	0.00000039
178	Customer 79	10079	2023-03-19	10079	Product AA	7900	EA	0.0000000000000000000005	0.000000195	0.0000000000000000000005	0.000000195
179	Customer 80	10080	2023-03-20	10080	Product BB	8000	EA	0.0000000000000000000002	0.00000078	0.0000000000000000000002	0.00000078
180	Customer 81	10081	2023-03-21	10081	Product CC	8100	EA	0.0000000000000000000001	0.00000039	0.0000000000000000000001	0.00000039
181	Customer 82	10082	2023-03-22	10082	Product DD	8200	EA	0.00000000000000000000005	0.000000195	0.00000000000000000000005	0.000000195
182	Customer 83	10083	2023-03-23	10083	Product EE	8300	EA	0.00000000000000000000002	0.00000078	0.00000000000000000000002	0.00000078
183	Customer 84	10084	2023-03-24	10084	Product FF	8400	EA	0.00000000000000000000001	0.00000039	0.00000000000000000000001	0.00000039
184	Customer 85	10085	2023-03-25	10085	Product GG	8500	EA	0.0000000000000			

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.335.832/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0085843-83

CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
dimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvintes: 0800 282 5599
Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
PE: 0800-727-8167 - Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167 - Ligação Gratuita de telefones fixos a móveis

DADOS DO CLIENTE

LEADERSON AGUSTIN

ENDEREÇO DA UNIDADE (CONSULINHO)

RUA DEL AUSTRIACUM 797

CENTRO PALMARES
5546-300 PALMARES PE

As condições gerais de funcionamento (Resolução ANEEL 414/2910), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cedpe.com.br.

DATA DE VENCIMENTO
13/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO
007013980068
Nº DO CLIENTE
2000102750
Nº DA INSTALAÇÃO
000191617

RESERVADO AO PESSOAL

7E97,BDAF,35F3,E2EA,DC86,DF7C,4B5B,FEF5

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(03Wh)	124,06	8,77167454	95,00
Acréscimo Bandeira AMARELA			
Contrib. Bens. Pública Municipal			
Multa por atraso-NF 053031336 - 08/03/19			4,00
Juros por atraso-NF 053031336 - 08/03/19			4,20
Altaficação IGPM-NF 053031336 - 08/03/19			2,40
TOTAL DA FATURA			111,20
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			

EN ATÉ 10 DIAS, DÉBITOS FAZENDA, CAMPANHA, ETC.

1184713 01/05/72 100,00

Este conhecimento NÃO substitui aulas de Adultos orientadoras e NÃO contempla aulas em discussão judicial. Caso a suspeitação de furto/roubo permaneça por todo sistema de flagrante, poderá ocorrer o encerramento do caso, passando assim para a justiça ordinária conforme as critérias definidas no Art. 39 REG e 414 CPC. Pode-se ocorrer regime de cautelar, bem como incidir nos regulamentos de restrições de entrada CPC e MIRAR.

Tártula Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo: kWh/m²/ano	6,53000000		
		MAJ	18
		ABR	12
		MAR	19
		FEV	18
		JAN	14
		DEZ	15
		NOV	18
		OUT	13
		SET	18
		AGO	16
		JUL	18
		JUN	16
		MAJ	18

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL			
INTERRUPÇÕES								
IC-Não de horas com Energia	PARAISOS	2,32	5,81	11,82	33,64			
IC-Mais vezes sem Energia		1,09	2,48	4,87	13,93			
IC-Interrupção referente às Interrupções diárias		2,32	3,46	3,98	8,80			
CRI-Interrupção de Interrupção em dia útil			Linha GICR 12,22					
VALOR DAS INTERRUPÇÕES DE USO = R\$ 34,85								
O Consumidor pode solicitar a apresentação das Introduções Det., PIC, GICR e GICR a qualquer tempo.								

NUMBER DO REGISTRO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA
W00079	CAT	24/04/2014	56.543,00	56

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Carlos Roberto Barreto de Mello: r/carrancas australiano 873 contra
sociedade empresarial língua e a: av trilhamento
Na data de leitura e bens da Anatel. Mais informações em www.anatel.gov.br.
A partir de 2014, tarifa com reajuste médio de 5,55% para Baixa Tensão
e 3,78% para Alta Tensão-REN 2,525191.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pague, em atraso, gera multa 2% (R\$ 0,00000002) e atualização monetária.
O cliente é compensado quando há desempenhamento de prazo definido para os padrões de atendimento.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de
pedágio, também ser cobrada a cota de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838400000014 112000110078 013980068101 139751562434

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAFWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ERICK MOURA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 019.739.214-80,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EMANOEL ELE DA SILVA SOARES inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.900.094-91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima EMANOEL ELE DA SILVA SOARES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.900.094-91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: PROFESSOR Renda: 3/R e apresento os documentos comprobatórios:
CNH + COMP. DE RESIDÊNCIA

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implica na perda da previsão no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA CEL AUSTRI CLÍNICO</u>		52 ABR 2018	Número	Complemento
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>PALMARES</u>	797	
Email	<u>GIVALDOBOMBEIRO@YAHOO.COM</u>		Gente Seguradora SIA Av. Getúlio Vargas, 115 - Centro (DDD 81) 1813-3662-3316	Estado	CEP
				<u>PERNAMBUCO 55540-000</u>	Telefone celular (DDD) <u>(019) 9272-9253</u>

PALMARES-PE, 15 de MARÇO de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ERICK MOUZA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 019.739.214-80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EMANOEL DA SILVA SOARES inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.900.094-71, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EMANOEL DA SILVA SOARES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.900.094-71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: PROFESSOR Renda: S/R
CNH e COMP. DE RESIDÊNCIA

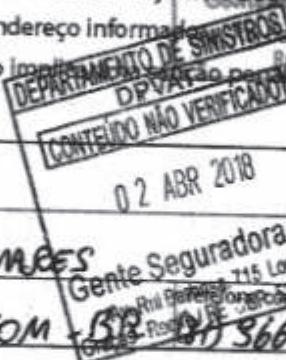
Recuso informar

e apresento os documentos comprobatórios:
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2019

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implica crime (art. 313, parágrafo 1º, da Lei 8.072/90), prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA CEL AUSTRICLINIO</u>		
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>PARNARES</u>
Email	<u>GIVALDOBOMBE.66@YAHOO.COM</u>		
	<u>02 ABR 2018</u>	Número	<u>797</u>
	<u>Gente Seguradora SIA</u>	Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
	<u>Rua Bela Ferraz, 715, Loja 5</u>	CEP	<u>55540-000</u>
	<u>Recife - PE</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(019) 99272-9753</u>
	<u>081 3662-3316</u>		



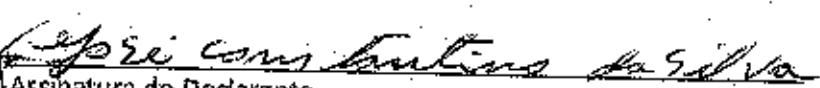
PAZMARES-PE, 15 de MARÇO de 2018
 Local e Data

Erick Mouza da Gama
 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ CONSTANTINO DA SILVA,

RG nº 2476133 SSP/PE, data de expedição 11/11/11,
 Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 352.193.424-34, com
 domicílio na cidade de PALMARES, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DA COSTA AMARAL - SÃO SEBASTIÃO, nº 337,
 complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima EMANUELE DA SILVA SOARES, cujo o condutor era
EMANUELE DA SILVA SOARES.

Veículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA / BIZ 125 ESAno: 2010Placa: PEX 9516Chassi: 9C2JC4220 AR207765Data do Acidente: 11-12-2017Local e Data: PALMARES - PE, 15 DE MARÇO DE 2018

 Assinatura do Declarante.

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS TÍTULOS DE PALMARES
 Titular: ACIANO DE FRANCA SILVA
 Telefone: (81) 36610-881

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconhecimento por IDENTIDADE
 (Art. 369. do CPC) a assinatura da pessoa de: JOSÉ
 CONSTANTINO DA SILVA, Palmares-PE, em

Jáfá Feliciano da Silva - Fabelia Subscritor. Valor
 R\$ 3,59 TANR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 Total R\$ 4,79

Seu: 0077560.XYR04201805.00440 07/05/2018 15:21:42
 Consulte a autenticidade em www.tipe.jus.br/seadigital

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, José Constantino da Silva

RG nº 2476133, data de expedição 09/07/1981

Órgão SSP PE, portador do CPF nº 352.197.424-34

com domicílio na cidade de PALMARES, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Dr. Costa Maia, São José, nº 337,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

EMANOLELE DA SILVA SOARES, cujo o condutor era

EMANOLELE DA SILVA SOARES

Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA B12 125 ES Ano: 2010

Placa: PEX 9516 Chassi: 9CZ5C4220AR207765

Data do Acidente: 11/12/2012



Local e Data: Palmares-PE 18 JUNHO 2019.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

Caixa Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

José Constantino da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE PALMARES
Titular: RAFAEL GABURRO DADALTO
Telefone: (81) 3661-0881

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por AUTENTICIDADE
(Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de: JOSE
CONSTANTINO DA SILVA. Palmares-PE. em
Alcione Oliveira da Silva - Tabelia Substituta. Tm61. R\$
3,59 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,04 Total R\$ 4,91

Selo: 0077560.GEM06201901.00214 18/06/2019 14:43:25



Queixa Principal:

Perdeu o controle de moto (S/ARMA) vitimada de corte no tórax (costela, medula óssea e fratura) com sangramento profundo e óssea, com risco de comprometer a vida. Foi levada para a UPA de Palmares e encaminhada para o HPS. Foi dada alta (fratura exposta).

Exame Físico: _____

A: Geral: via aérea está pélvica? SIM NÃO O paciente fala? SIM NÃO Temperatura: _____

B: Respiratório: M + A + S + T + S + C + A

C: Circulatório: _____

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocônicas Anisocônicas
Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Glasgow: Abertura Ocular

Escore: 15 Hora: Escala: Hora:

E: Abdomen: _____

Fluxo, flexão, motilidade

Diagnóstico Inicial:

Fratura exposta M1C

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Rx + anal. Normal

Rx cranial, Normal

Atm. b7. Grel. - Atm. cint. - Orl. F

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
CPA/AT

CONTENDO NÃO VERIFICADO

02 ABR 2018

Geórgio Segurado 01
Av. Rui Barbosa, 1010
Graciosa - Recife - PE
CEP: 50170-000

Queixa Principal Relatada à Classificação de Risco:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM POSSIVEL FRATURA EM M1C, COM ESCORNIOS PELO CORPO. TCE

Alergia: _____

Observação: _____

Evolução de Enfermagem



Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta - Pedido

() Transferência para outra unidade () Óbito () Outro

Condição do Paciente () Melhorado () Inalterado () Piorado

Data do Atendimento: 11/12/2017
Nº. Atendimento: 678897
Prioridade: SEM CLASSIFICAÇÃOHora: 00:19:30
Urgência / Emergência
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIAPRONTUÁRIO: 28933
Colaborador: ADRIANA PBS
CNS: 898000634044907

Nome: EMANOELA DA SILVA SOARES

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 06/09/1992

Idade: 25 Anos, 3 Meses e 5 Dias

C.I.

País ou responsáveis: EVANEIDE AVELINA DA SILVA

PAULO DE OLIVEIRA SOARES

Endereço: RUA DOUTOR COSTA MARA, 358 - SÃO SEBASTIÃO/ - 55340000

Cidade: PALMARES

Tel:

8191572104

Hora de Atendimento:

HS

Queixa Principal:

Veniente trazido de volta para casa com queixa de dor no lado esquerdo da coxa, de origem indeterminada, com intensidade moderada, permanecendo em permanente deformidade da coxa.

Exame Físico:

A: Geral via serosa está pálida? SIM NÃO O paciente fala? SIM NÃO Temperatura: °

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MAD MSE MHD MIE Pupilas: Isocônicas Anisocônicas
Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Queixa Principal: Relatada à Classificação de Risco:

Alergia:

Observação:

Evolução de Enfermagem

Desconheço paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta-Motivada () Alta a Pedido
 Transferência para outra unidade () Outro () Outro
 Condição do Paciente () Melhorado () Inalterado () Piorado

08/12/2017
08/12/2017
08/12/2017
08/12/2017



FICHA PARA REQUISIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

Nome do Paciente: Emanuelle Soárez Brantuglio
Setor: Leito: Data de Nascimento:

1) INDICAÇÃO DO ANTIBIÓTICO:

Profilático
 Terapêutico

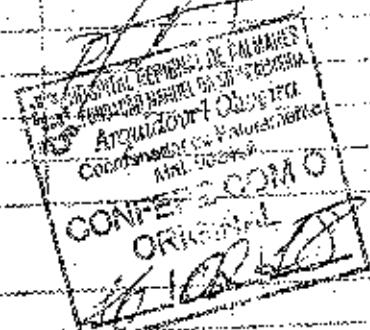
2) SE TERAPÊUTICO, QUAL SÍTIO DE INFECÇÃO?

Trato Respiratório	<input type="checkbox"/> Pela e Partes Moles
Trato Urinário	<input type="checkbox"/> Trato GastroIntestinal
Corrente Sanguínea	<input type="checkbox"/> Oftalmológico
Sítio Cirúrgico	<input type="checkbox"/> PBE
Sist. Nervoso Central	<input type="checkbox"/> Outro <input checked="" type="checkbox"/>

3) SE TERAPÊUTICO, ONDE FOI ADQUIRIDA A INFECÇÃO?

Comunitária Hospitalar

Antibiótico Solicitado	Via de Administração	Poseologia	Tempo de Tratamento
<u>Spacetens</u>	<u>EV</u>	<u>2g</u>	<u>10 a 14 dias</u>



Justificativa:

paciente despeito ferme

Parecer CCIN:

10/11/11

Dra. Ana Paula Camargo
CRM-PE 17.331
TEOT 13.33

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



*6511
cor
preta
Traume*

Atendimento: 713984

Prontuário: 1047755

Nome: EMANOEL DA SILVA SOARES

Data Nasc.: 06/09/1992 Idade: 25

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDAS

Religião:

CPF: RG:

CNS: 706404199664064

Nº: 13

Endereço: RUA KL 2 QUADRA 14

Cidade: PALMARES

Estado: PE

Bairro: CENTRO

CEP: 55540000

Fone: 558191948522

Celular:

Profissão:

Acompanhante:

Nome da Mãe: EVANEIDE AVELINO DA SILVA

Nome do Conjugue:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA.

Vista NEP

ATENDIMENTO:

Queixa Principal / HDA: *Ponto interno de dor no antebraço (mão) - (manguito) há*
mais de 4h; Não tem o ponto de sensação. No local há um queimado.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

A - NDN

Re: exame: FÉ: não agudo.

B - NDN

C - NDN

D - FCO: 4+5+6; dor/mais dor

tempo médio da dor

E - FCO: 4+5+6; dor/mais dor, dor/mais dor

Diag. Provisório:

DS: 1) Palpitação

2) FCO: 4+5+6

6.0. 22.8.

CDL: Cogni. de urgência

Intensão:

See anamnese to 26.

CRMEF 26979
Ortopedia e Traumatologia

Prescrição:

Dieta: _____

Data:

Horário

PROTESE

REVISADO



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES**

CHRP 
 Faculty Name: Q. Siva Narayana
 CNB#2428899

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome:	Emaneeli Silveira Soares		Sexo:	
Data de Nascimento:	Idade:	25 anos	C.I.:	
País ou Responsáveis:				
Endereço:				
Cidade:	Almanzor	Tel.:	Horas do Atendimento:	H.

DESTINO DO PACIENTE: MOF - TRAVESSO	SENHA: 531-6030
--	--------------------

MOTIVO DA TRANSFERÉNCIA

ANAMNESE: Paciente trazido pelo SSOV alcóolizado com história de acidente de metro. Sem história de recente em abstinência.

EXAME FÍSICO: **frimilit + deformidade em perna** (E)

DROGAS ADMINISTRADAS:
Cefotaxime 2g + AD s/c
VDT 0.5 - t i.m
Frogini 0

EXAMES COMPLEMENTARES:		CONTENDO 02 AGO 2008 Gente Saziadora S/A Av. 1145 - Centro - 7015-1008-5 Graciosa - Recife/PE CEP: 50010-040
------------------------	---	---

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente com EGH, comiendo, orientado, afibril, hidratada, normotensa, normoacarota. Espreco em ar ambiente oral. Tórax simétrico, abdomen indolor à palpação, flácido, eliminacões normais, na maca com fratura em MI E, segue os cuidados da enfermagem. *José Gonçalves de Lima Júnior*
Enfermeiro

DATA: 10/02/17

DE 1998-01-17 17:59:00
CPMP-DE 17.59.00
DIA, Simeon Helene G. (Simeon)
TETOT 1998

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

11/12/2017 03:37

	Nome Paciente:	EMANOELE DA SILVA SOARES
	Cód. Paciente:	1047755
	Data de Nascimento:	06/09/1992
	Sexo:	Masculino
	Idade:	25
	Senha:	FN0007
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	713984



11/12/2017 03:37 - UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: **PACTE PROCEDENTE DO HRP VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO C/ TRAUMA EM MIE.**

Observação: **NEGA DESMAIO/ VOMITOS,NEGA ALERGIA MED, DM, HAS.**

Fluxograma sintoma: **PROBLEMAS EM EXTREMIDADES**

Discriminador(es): **- FRATURA EXPOSTA?**

Especialidade: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: **- RÉGUA DE DOR: 7**

Acolhido(a) por: **UBIRACILDA SALES DE LIMA**

Data: **11/12/2017 03:37**



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL



e. del.

NOME: Emanuelle de Siqueira Soares

IDADE: 255 RG: 8.825.532 ESTADO CIVIL: Solteira.

RESPONSÁVEL: Fernanda Cândido de Siqueira (mãe).

ENDEREÇO: Quilombo 3 Qds 14 N° 13

PONTO DE REFERÊNCIA: - Próximo ao Fórum Palmares

TELEFONE: (91) 94 8522 | Emanuelle |

INFORMES: - Admitida dia 31/12/11, no dia do Hospital Regional de Palmares após sofrer acidente de moto (deslizamento). obs: brigada pelo SAMU.

- Solteira, reside com 5 genitores. Atualmente no momento este desempregado.

- Oferece estupor hospitalar e libera

Edna Franco
Assistente Social
Setor de Atendimento
31/12/11

ASSISTENTE SOCIAL / DATA

043HOF

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
25/12	21h	Eufemiano paciente evolui G.R. exacerba- do com agitação, histeria e IUPMS e comportamento histeri- co agressivo com gestos e para- mas, ameaçando outras e enfermeiros. Orientei a equipe para que buscas- se disponibilidade imediata de supervisão de plantão. Con- versei e esclareci alguma ponto para que o paciente fosse levado sob esse comportamento e fiscação.
02	16h	Conferência: Foi informado ao residente de Ortopedia Elcio Moraes sobre a remoção das artéfices do paciente. O mesmo informou que já havia下令 entregue as técnicas de extirpação que não havia dizer o nome. Esclareci quanto a as demais técnicas e prescrição de setor não foi encontrada. Solicitei o mesmo que informa se realmente a procederam informando que não removia quando a valigas fôr para o BC. 00:13h.
03	06h	Eufemiano paciente evolui com intensificação de IUPMS, gelul do tique e tit- eis MIE duros os céfalo-dermatofis- e - ble.



SES/FUSAM

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: EMANOELE DA SILVA SOARES Prontuário: 1047755

Cirurgião: EDSON SOUZA JR. 1º Auxiliar: RICARDO MENEZES

Anestesista: DRA FABIANA Anestesia: RAQUI

Data da Operação: 12/12/17

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA Perna ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: A MESMA

Operação Proposta: TRAT CIRURGICO FRATURA OSSOS DA Perna ESQ COM FIXADOR EXTERNO + RETALHO MUSCULAR

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ANTISEPSIA + ASSEPSIA DO MIE.
3. OBSERVADO FERIMENTO +/- 10CM EM FACE ANTERIOR DA Perna ESQ COM GRANDE EXPOSICAO ÓSSEA. OBSERVADO TAMBÉM FRATURA COMINUTA
4. REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTIVA COM IRRIGAÇÃO ABUNDANTE COM SF0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. REALIZADA ALINHAMENTO + FIXAÇÃO EXTERNA TUBO-A-TUBO.
6. OBSERVADA BOA ESTABILIDADE
7. APÓS FIXAÇÃO FOI OBSERVADO GRANDE ÁREA DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA SEM POSSIBILIDADE DE COBERTURA. FOI REALIZADO RETALHO MUSCULAR
8. SUTURA DE PELE
9. CURATIVO
10. BOA PERFUSÃO DISTAL

Dr. Edson Souza Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17.473 - CRF 12.721



Nº amostra: 49

24/3

Rack: 6

Posição: 5

09/01/2018 10:38:32 WB

ID paciente: 1097755

TP3

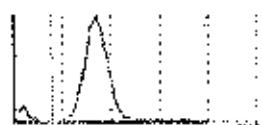
Nome: EMANUELE SOARES

SERIE VERMELHA

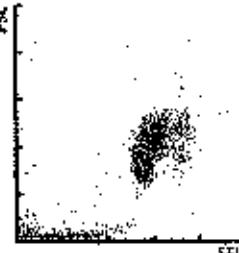
REFERENCIA

RBC	4.33	[$10^6/\mu\text{L}$]	4.0 - 5.6
HGB	12.4	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	36.7	[%]	34 - 48
MCV	84.8	[fL]	80 - 98
MCH	28.6	[pg]	25 - 32
MCHC	33.8	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	37.4	[fL]	38.6 - 49.1
DW-CV	12.2	[%]	12 - 15
NRBC	0.00	[$10^3/\mu\text{L}$]	0.0 [%]

RBC



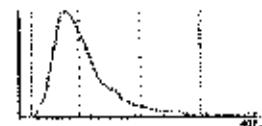
WNR



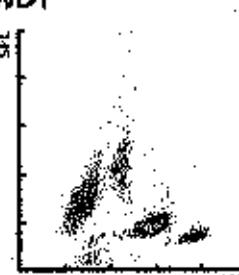
CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT	298	[$10^3/\mu\text{L}$]	150 - 450
MPV	10.7	[fL]	9.0 - 13.0
PDW	12.4	[fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	29.0	[%]	13.0 - 43.0
PCT	0.32	[%]	0.17 - 0.35

PLT



WDF



SERIE BRANCA

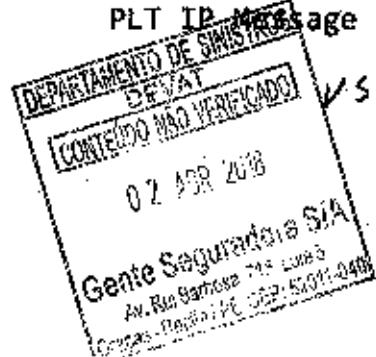
WBC	6.39	[$10^3/\mu\text{L}$]	4.5 - 10.0
TG	0.02	[$10^3/\mu\text{L}$]	0.3 [%]
NEUT	3.48	[$10^3/\mu\text{L}$]	54.4 [%]
LYMPH	1.65	[$10^3/\mu\text{L}$]	25.8 [%]
MONO	0.65	[$10^3/\mu\text{L}$]	10.2 [%]
EO	0.56	[$10^3/\mu\text{L}$]	8.8 [%]
ASQ	0.05	[$10^3/\mu\text{L}$]	0.8 [%]

2.0 - 7.0 # 45 - 75%
 1.0 - 4.0 # 20 - 48%
 0.1 - 1.0 # 03 - 10%
 0.0 - 0.7 # 0 - 7%
 0.0 - 0.2 # 0 - 2%

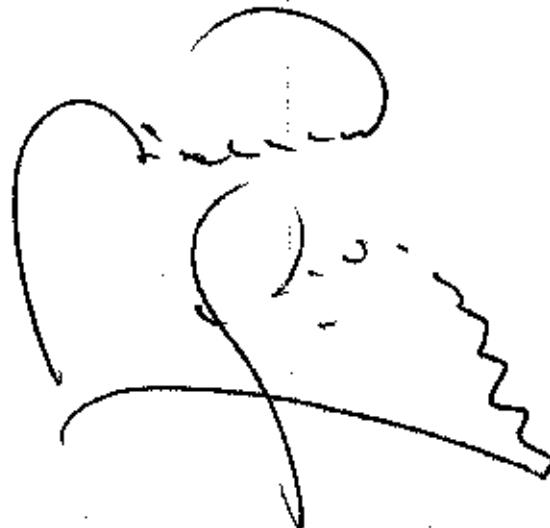
WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message



VS H = 20mm



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Gulmaraes s/n Tel/ípicio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PABX: 31828500

Equipamento: CMD 8001

Paciente:	EMANUELE DA SILVA	ID amostr:	DIU49
ID paciente:	1047755	Tipo de amostra:	Soro
Data nascimento:		Cód barra:	
Idade:		Data da coleta:	09/01/2018
Sexo:	Fem	Hora da coleta:	
Médico:		Depart.:	TP3
Diagn.:		Comentário:	

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
PRR ULTRA	16.9 ✓	mg/L	H	0.0 - 5.0

Data/Hora solicitação: 09/01/2018 Data/Hora teste: 09/01/2018 Data/Hora Impr.: 09/01/2018 10:00:01

Testador: Revisor: Página 1 de 1 Resultado somente para esta amostra


 Roberto Santos
 Farm. Bioquímico
 CRF: 1545

09/01/2018 10:00:01

solicitação:
 01/01/2018
 16:00:00

solicitação:
 01/01/2018
 16:00:00

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640

Fone: (81) 3182-8549

XN series hemato



Nº amostra: 31

Rack: 3
TRAUMA 3

Posição:8

12/01/2018 10:17:34 W8

ID paciente: 1047755

Nome: EMANUELE DA SILVA SOARES

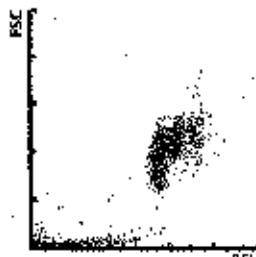
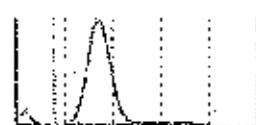
SERIE VERMELHA

REFERENCIA

RBC

WNR

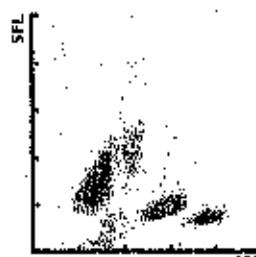
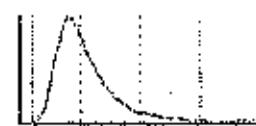
RBC	4.25	[10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.6
HGB	12.1	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	36.4	[%]	34 - 48
MCV	85.6	[fL]	80 - 98
MCH	28.5	[pg]	25 - 32
MCHC	33.2	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	38.5	[fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	12.2	[%]	12 - 15
NRBC	0.00	[10 ³ /uL]	0.0 [%]



CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT

WDF



SERIE BRANCA

NBC	6.55	[10 ³ /uL]	4.5 - 10.0
IG	0.02	[10 ³ /uL]	0.3 [%]
NEUT	3.10	[10 ³ /uL]	47.2 [%]
LYMPH	2.27	[10 ³ /uL]	34.7 [%]
MONO	0.49	[10 ³ /uL]	7.5 [%]
EO	0.62	[10 ³ /uL]	9.5 + [%]
ASO	0.07	[10 ³ /uL]	1.1 + [%]



RBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

total
100%

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprigio Guimaraes s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PABX: 31828500

Equipamento: CMA 800i

Paciente:	EMANUELE DA SILVA	ID amostr:	DIU31
ID paciente:	1047755	Tipo de amostra:	Soro
Data nascimento:		Cód. barra:	
Idade:		Data da coleta:	12/01/2018
Sexo:	Fem	Hora da coleta:	
Médico:		Depart.:	TRAUMA 3
Diagn.:		Comentário:	

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
UREIA	24	mg/dL		10 - 50
CREATININA	0.63	mg/dL		0.60 - 1.10
Na	138	mmol/L		134 - 149
K	4.6	mmol/L		3.6 - 5.5
CL	99	mmol/L		94 - 112

Data/Hora solicitação: 12/01/2018 Data/Hora teste: 12/01/2018 Data/Hora impr.: 12/01/2018 09:19:51

Testador: Revisor: Página 1 de 1 Resultado somente para esta amostra



ra. ista amostra

50

12.01.2018
14:18
Pag. n. 1

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

ACL ELITEPRO Rel. 03.01.04 - Instrumentation Laboratory

SAMPLE REPORT

Sample ID 31H 12/01/18
Patient ID 1047755
Patient Name EMANUELE S SOARES
Birth Date Sex

Department TRAUMA 3
Physician
Entry Date 12.01.2018

Operator notes _____

Test	Results	Units	Normal Range	Analysis Date-Time
Recombipl-PTex	12.0	s	9.920 - 14.9	12.01.2018 - 14:18
	1.011	INR		
	98.4	%	70.0 - 120	



Note: * = outside normal range

Signature _____



Nº amostra: 82

ID paciente: 1047253

Nome: EMANUELE DOS S SOARES

Rack: 8
A PRETA

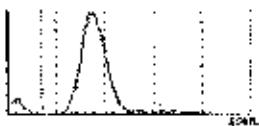
Posição: 4

11/12/2017 16:49:29 WB

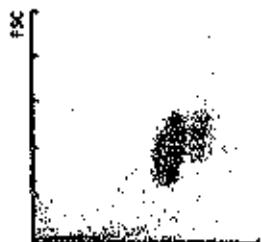
SERIE VERMELHA

			REFERENCIA
RBC	3.66	[10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.6
HGB	11.1	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	32.4	[%]	34 - 48
MCV	88.5	[fL]	80 - 98
MCH	30.3	[pg]	25 - 32
MCHC	34.3	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	40.5	[fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	12.4	[%]	12 - 15
NRBC	0.00	[10 ³ /uL]	0.0 [%]

RBC



WNR



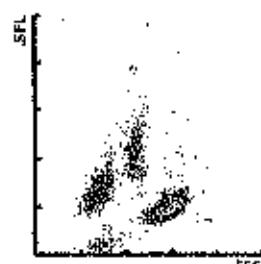
CONTAGEM DE PLAQUETAS

		REFERENCIA
PLT	248	[10 ³ /uL]
MPV	10.9	[fL]
PDW	12.2	[fL]
P-LCR	32.1	[%]
PCT	0.27	[%]

PLT



WDF



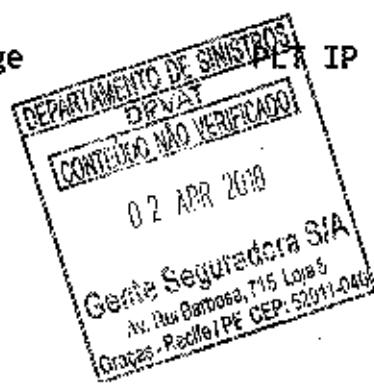
SERIE BRANCA

		REFERENCIA
WBC	9.22	[10 ³ /uL]
IG	0.03	[10 ³ /uL]
NEUT	6.53	[10 ³ /uL]
LYMPH	1.44	[10 ³ /uL]
MONO	1.21	[10 ³ /uL]
EO	0.01	[10 ³ /uL]
BASO	0.03	[10 ³ /uL]

WBC IP Message
Monocytosis

RBC IP Message

IP Message



Francisco Ivo de Oliveira
Eng. Químico
Laboratório: 4441-22440-2
CRF/PE N° 223

11.12.2017
17:11
Pag. n. 1

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

ACL ELITEPRO Rel. 03.01.04 - Instrumentation Laboratory

SAMPLE REPORT

Sample ID 82H 11/12/17

Department A PRETA

Patient ID 1017253

Physician

Patient Name EMANUELLE DOS S SOARES

Entry Date 11.12.2017

Birth Date

Sex

Operator notes

Test	Results	Units	Normal Range	Analysis Date-Time
Combipl-PTex	13.7	s	9.920 - 14.9	11.12.2017 - 17:10
	1.153	INR		
	78.8	%	70.0 - 120	


Francisco Otavio de Oliveira
HSP. Otávio de Oliveira
Laboratório - Sala 2214002
CRF/IS N° 323

Note: * = outside normal range

Signature _____



4º amostra: 36

Rack: 4

Posição: 5

02/01/2018 10:30:35 WB

D paciente 1047755

TRAUMA 3 24/3

Nome: EMANUELE DA SILVA SOARES

SERIE VERMELHA

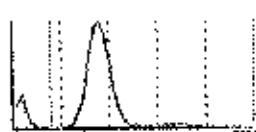
REFERENCIA

RBC

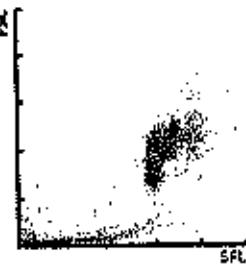
WNR

RBC	3.09	[$10^6/\mu\text{L}$]	4.0 - 5.6
HGB	9.0	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	27.6	[%]	34 - 48
MCV	89.3	[fL]	80 - 98
MCH	29.1	[pg]	25 - 32
MCHC	32.6	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	37.8	[fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	11.8	[%]	12 - 15
NRBC	0.00	[$10^3/\mu\text{L}$]	0.0 [%]

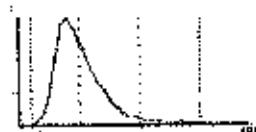
RBC



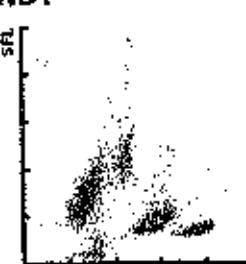
WNR



PLT



WDF

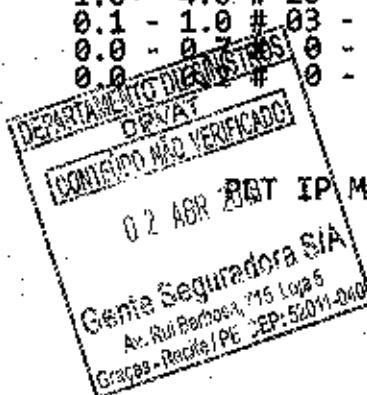


CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT	429	[$10^3/\mu\text{L}$]	150 - 450
MPV	10.2	[fL]	9.0 - 13.0
PDW	11.1	[fL]	9.0 - 17.0
PD-LCR	25.9	[%]	13.0 - 43.0
PCT	0.44	[%]	0.17 - 0.35

SERIE BRANCA

NBC	6.29	[$10^3/\mu\text{L}$]	4.5 - 10.0
IG	0.04	[$10^3/\mu\text{L}$]	0.6 [%]
NEUT	3.05	[$10^3/\mu\text{L}$]	48.5 [%]
LYMPH	2.05	[$10^3/\mu\text{L}$]	32.6 [%]
MONO	0.48	[$10^3/\mu\text{L}$]	7.6 [%]
EO	0.65	[$10^3/\mu\text{L}$]	10.3 [%]
ASAO	0.06	[$10^3/\mu\text{L}$]	1.0 [%]



NBC IP Message

RBC IP Message
Anemia

PLT IP Message

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

ACL ELITEPRO Rel. 03.01.04 - Instrumentation Laboratory

SAMPLE REPORT

Sample ID 36H 02/01/2018

Department

Patient ID 1047755

Physician

Patient Name EMANUEL DA SILVA SOARES

Entry Date 02.01.2018

Birth Date Sex

Operator notes

Test	Results	Units	Normal Range	Analysis Date-Time
Recombipl-PTex	11.7	s	9.920 - 14.9	02.01.2018 - 11:11
	0.985	INR		
	103	%	70.0 - 120	

Note: * = outside normal range

Signature

*Douglas
02/01/2018*

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PABX: 31828500

Equipamento: CMD 800

paciente: EMANUEL DA SILVA
 paciente: 1047755
 data nascimento:
 fale:
 sexo: Fem
 édico:
 iagn.:
 ...

ID amostr: DIUO36
 Tipo de amostra: Soro
 Cód barra:
 Data da coleta: 02/01/2018
 Hora da coleta:
 Depart.: T03
 Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
UREIA	19	mg/dL		10 - 50
CREATININA	0.57	mg/dL	L	0.60 - 1.10
Na	138	mmol/L		134 - 149
Cl	5.1	mmol/L		3.6 - 5.5
Ca	103	mmol/L		94 - 112

Data/Hora solicitação: 02/01/2018 Data/Hora teste: 02/01/2018
 Data/Hora impr.: 02/01/2018 11:30:19

estador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



Ficha de Notificação da Suspensão de Cirurgia

24-03

Nome do Paciente: Emmanoel da Silva Soares
Número do Cartão de SUS: 1047755 Hora da Cirurgia: _____
Diagnóstico: Fratura de Tíbia e Fíbula Clínica: _____
Médico: _____
Assistente: _____

Transportado por () COOPANEST ()

Descrição dos motivos: (Deve ser preenchido e assinado pelo autor da suspensão)

União de pacientes devido a greve de
medicos da unidade de servico

Data: 02/01/2018

Hora da Suspensão:

Dr. Raimundo da Silva
Raimundo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 24609

Assinatura do responsável pela suspensão

Nelmer Carvalho
Nelmer Carvalho
COBAN-PE 322.470

Assinatura da Enfermeira do Bloco Cirúrgico



FICHA DE ANESTESIA

12/12/13	ANESTESIA #14070	REGISTRO	ANOTACAO
CRM	Emanuele da Silva Soares	+ 15967	
TIPO DE ANESTESIA	15967 Fadotilona Fornitca	ANESTESICO	etomid + fentanyl
OCASO PREANESTESIA		TIPO	+ fentanyl + Rocuron
DATA	fractura exposta		

10:30h	12:30	22:15h		DROGA USADA	QUANTIDADE
10				metomid	45mg
20				etomid	80mg
30				alprazolam	2g
40				alprazolam	2g
50				zolpidem	40mg
60				clorazepate	10mg
70				mais sedativa	80mg
80				etomid	60mg
90					
100					
110					
120					
130					
140					
150					
160					
170					
180					
190					
200					
210					
220					
230					
240					
250					
260					
270					
280					
290					
300					
310					
320					
330					
340					
350					
360					
370					
380					
390					
400					
410					
420					
430					
440					
450					
460					
470					
480					
490					
500					
510					
520					
530					
540					
550					
560					
570					
580					
590					
600					
610					
620					
630					
640					
650					
660					
670					
680					
690					
700					
710					
720					
730					
740					
750					
760					
770					
780					
790					
800					
810					
820					
830					
840					
850					
860					
870					
880					
890					
900					
910					
920					
930					
940					
950					
960					
970					
980					
990					
1000					
1010					
1020					
1030					
1040					
1050					
1060					
1070					
1080					
1090					
1100					
1110					
1120					
1130					
1140					
1150					
1160					
1170					
1180					
1190					
1200					
1210					
1220					
1230					
1240					
1250					
1260					
1270					
1280					
1290					
1300					
1310					
1320					
1330					
1340					
1350					
1360					
1370					
1380					
1390					
1400					
1410					
1420					
1430					
1440					
1450					
1460					
1470					
1480					
1490					
1500					
1510					
1520					
1530					
1540					
1550					
1560					
1570					
1580					
1590					
1600					
1610					
1620					
1630					
1640					
1650					
1660					
1670					
1680					
1690					
1700					
1710					
1720					
1730					
1740					
1750					
1760					
1770					
1780					
1790					
1800					
1810					
1820					
1830					
1840					
1850					
1860					
1870					
1880					
1890					
1900					
1910					
1920					
1930					
1940					
1950					
1960					
1970					
1980					
1990					
2000					
2010					
2020					
2030					
2040					
2050					
2060					
2070					
2080					
2090					
2100					
2110					
2120					
2130					
2140					
2150					
2160					
2170					
2180					
2190					
2200					
2210					
2220					
2230					
2240					
2250					
2260					
2270					
2280					
2290					
2300					
2310					
2320					
2330					
2340					
2350					
2360					
2370					
2380					
2390					
2400					
2410					
2420					
2430					
2440					
2450					
2460					
2470					
2480					
2490					
2500					
2510					
2520					
2530					
2540					
2550					
2560					
2570					
2580					
2590					
2600					
2610					
2620					
2630					
2640					
2650					
2660					
2670					
2680					
2690					
2700					
2710					
2720					
2730					
2740					
2750					
2760					
2770					
2780					
2790					
2800					
2810					
2820					
2830					
2840					
2850					
2860					
2870					
2880					
2890					
2900					
2910					
2920					
2930					
2940					
2950					
2960					
2970					
2980					
2990					
3000					
3010					
3020					
3030					
3040					
3050					
3060					
3070					
3080					
3090					
3100					
3110					
3120					
3130					
3140					
3150					
3160					
3170					
3180					
3190					
3200					
3210	</td				

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTO – CONSENTIMENTO INFORMADO

PACIENTE

RESPONSÁVEL – PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Emancell S. Silva RG: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: Cláudio Moura

NOME DO MÉDICO: Cláudio Moura CRM: 29598

PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Extrusão Ossos Perna

Declaro ter sido esclarecido pelo médico acima mencionado sobre a proposta de tratamento e procedimento a que seréi submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, sendo estas, claramente esclarecidas pelo médico. Que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, sendo todas respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para ser alcançado/obtido o melhor resultado. Também estou ciente que poderão ocorrer complicações durante o (s) tratamentos (s) assistência clínica ou procedimento, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas. Confirmo que recebi explicações de meu médico, comprehendi e concordei com tudo que me foi esclarecido.

Declaro também que nada omiti em relação a minha saúde e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas e que concordo que esta declaração pode fazer parte do prontuário médico.

Recife, 05 de 01 de 18

Emancell da Silva
Assinatura do paciente ou Responsável

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins, que esclareci o (a) paciente e/ ou seu (ua) responsável, sobre diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposta, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos e intercorrências inesperadas, bem como sobre as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos, respondi a todas as perguntas formuladas pelo (a) paciente e/ou resp. e acredito ter sido compreendido.

Recife, 05 de 01 de 18

Cláudio Moura
Assinatura do paciente ou Responsável

Dr. Cláudio Moura
CRM-PB 29598
Assinatura do paciente ou Responsável

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



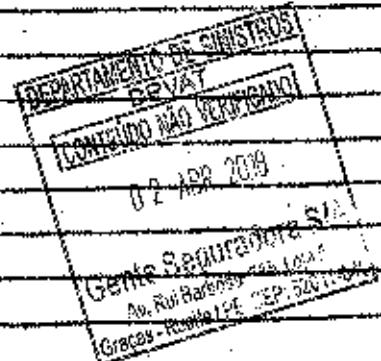
Ficha de Notificação de Suspensão de Cirurgia

Nome do Paciente: Emmanuel da Silve Socarras
Número do Carteira n°: 3047755 Hora da Cirurgia: 12:00
Local de Cirurgia: Pr. Cir. Fratura do talo Círculo: ○
Médico: Jean Luiz Clínica: traumatologista
Anestesista: _____

Valor (R\$) COOPANEST ()

Descrição dos motivos: (Deve ser preenchido e assinado pelo autor da suspensão)

Falta de condições clínicas (condições de
ele no sitio cirúrgico)



Data: 05/05/10 Hora da Suspensão: 10:00

Dr. Túlio da Costa
Ortopedia e Traumatologia
Centro - Graciosa

Assinatura do responsável pela suspensão

Juonete Lopes

Juonete Lopes
COREN-PE 27147764

Assinatura da Enfermeira do Bloco Cirúrgico

DATA: 12/12/2017

Urgência: (X)

Eletiva: ()

NR Sala Cirúrgica: (03)

Paciente: GMAVOELG DA SILVA SOARES

Cirurgião: Dr. Guterres

Cirurgante: Dr. da Reserva

Idade: 25 anos

Reg: 104-355

Auxiliar: Dr. Guterres

Anestesista: Dr. Fabiana Fonscq

Anestesiada: Dr. Guterres

Enfermeir(a): Maria Zelma

Instrumentador(a):

Anestesiada: Dr. Guterres

Especialidade: Uro (), Uro PVL (), Geral (), Geral PVL (), Trauma (X), CPRE (), Toráctico (), Toráctico PVL ()

CIRURGIA: TC - Mastura sexoplastia M/F

CIRURGIA: ()

CIRURGIA: ()</

Per. Pernambuco

JHRP

Maria Luiza OG

Data do Atendimento: 11/12/2017
Atendimento: 678896
Prioridade: VERMELHA - EMERGÊNCIAHora: 00:18:09
Urgência / Emergência
CIRURGIA GERALPRONTUÁRIO: 28933
Colaborador: ADRIANAPBS
CNS: 898000534044907

Nome: EMANOELA DA SILVA SOARES

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 05/09/1992

Idade: 25 Anos, 3 Meses e 5 Dias

C.I.:

Isso ou responsáveis: EVANEIDE AVELINA DA SILVA

PAULO DE OLIVEIRA SOARES

Endereço: RUA DOUTOR COSTA MARA, 358 - SAO SEBASTIAO - 55540000

Cidade: PALMARES

Tel: 8191572104

Hora do Atendimento: _____ / _____ Hs

Queixa Principal:

Paciente trazido pelo SAMU vítima de cair do moto -
 deslocado, mobilidade em pinche rígido, dor dolorosa
 constante deslocada, dor vis de dorcente. Nigre sintomas
 neurológicos, nenhuma que alterações de consci-
 encia. Dor em nte (não explique)

Exame Físico:

A: Geral: via aérea está pélvis? SIM NÃO O paciente fala? SIM NÃO Temperatura: _____

B: Respiratório: M + A + S + R + S + R

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isoconicas Anisoconicas
Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motoria

E: Abdômen: Escor: 15 Hora: Escor: Hora: Escor: Hora:

F: Diagnóstico Inicial: Fones, flácido, mole

G: Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

H: Exames Solicitados: 2 - Especializados

I: Tratamento / Procedimentos: Rx + rx. Nivel
Rx amoxic. Nivel
dts hr. brasil - Adm cint + Ortop

J: Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

K: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM POSSIVEL FRATURA EM MMII, COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO. TCE

Alergia:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
Observação:	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 12/11/2019
Evolução de Enfermagem	Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5 Recife - PE



L) Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada
 () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro
 () Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura

Data do Atendimento: 11/12/2017
No. Atendimento: 678897
Prioridade: SEM CLASSIFICAÇÃOHora: 00:19:30
Urgência / Emergência
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIAPRONTUÁRIO: 28933
Colaborador: ADRIANAPBS
CNS: 898000534044907

Nome: EMANOELE DA SILVA SOARES

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 06/09/1992

Idade: 25 Anos, 3 Meses e 5 Dias

C.I.:

Pais ou responsáveis: EVANEIDE AVELINA DA SILVA

/ PAULO DE OLIVEIRA SOARES

Endereço: RUA DOUTOR COSTA MÁRA, 358 - SAO SEBASTIAO - 55540000

Cidade: PALMARES

Tel.:

8191572104

Hora do Atendimento: _____ / _____ Hs

Queixa Principal:

Paciente traz de pelo 3000g, alcoolizado, com
histórico de acidente de moto 5m, histórico de
veneno em desuso, presente em perna (E) + deformidade

Exame Físico:

A: Geral via aérea está pélvica? SIM NÃO O paciente fala? SIM NÃO Temperatura: _____

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isoconicas Anisoconicas
Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:

E: Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

fratura exposta perna (E)

Exames Solicitados: 2 - Especializados

lata cossoroposta liga MEF

Tratamento / Procedimentos:

leptotomia (E) + PDC

Proced. limpiam

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

YAT 0:5m 1m

Alergia:

SF 500 ml EV

Observação:

Evolução de Enfermagem

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO DA VERIFICAÇÃO

12 JUN 2019

Gestão Seguradora S/A.

Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta a Peçido

Transferência para outra unidade () Óbito () Outro () Pacote - PE

Condição do Paciente () Maltreatado () Inalterado () Piorado

Hospital Regional de Palmares
Coronel Manoel da Silva Almeida
Av. Juiz de Fora
Coordenador de Faturamento
Tel. 032403

CONFERE COM O
ORIGINAL

10/12/19



FICHA PARA REQUISIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

Nome do Paciente: Emanuele Sára Sarranté

Setor: **Leito:** **Data de Nas**

www.santacatalina.com

1) INDICAÇÃO DO ANTIBIÓTICO:

Profilático
Terapêutico

2) SE TERAPÊUTICO, QUAL SÍTIO DE INFECÇÃO?

Trato Respiratório	Pele e Partes Moles
Trato Urinário	Trato Gastrointestinal
Corrente Sanguínea	Oftalmológico
Sítio Cirúrgico	PBE
Sist. Nervoso Central	Outro

3) SE TERAPÉUTICO, ONDE FOI ADQUIRIDA A INFECÇÃO?

Comunitária
Hospitalar

Antibiótico Solicitado	Via de Administração	Posologia	Tempo de Tratamento
Ciprofloxacin	EV	2g	dura alegria
		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DIPMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
		12 JUN 2019	
		Gente Seguradora S/A.	

Justificativa:

partire esposto pure

Parecer CCIH: _____

الخواص

~~Dra. Anna Helena Cavalcante
CRM-PE 17.340
TEOT 13439~~

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



caso preta
HOE

Nome: EMANOEL DA SILVA SOARES

Data Nasc.: 06/09/1992 Idade: 25

CPF: RG:

Endereço: RUA KL 2 QUADRA 14

Bairro: CENTRO

CEP: 55540000

Cidade: PALMARES
Fone: 558191948522

Acompanhante:

Nome da Mãe: EVANEIDE AVELINO DA SILVA

Nome do Conjugue:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 713984

Prontuário: 1047755

Cor: PARDA

CNS: 706404199664084

Religião:

Nº: 13

Estado: PE

Celular:

Profissão:

Visto NEP

Queixa Principal / HDA: *Pont. interno de crista ilionectenica (note) - (engross) localizado na 4h, não tem o ponto de condensação. No local não tem atrofia gravis.*

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

A - NDN

B - NDN

C - VDN

D - EGD: 4+5+6; concavidade anterior;

E - Sint. Pós-ope. com "falsa" aquiescência, fronte ativa, no topo médio da ilíata"

Re: exames FÉ: 2000 aquies-

Diag. Provisório:

12. 1) Poliosteo

2) FC tímido E G.A. 228.



Prescrição:

Genival Bezerra de Oliveira SIA.
Av. Rui Barbosa, 715
Recife - PE

Dietá:

DR. ALBERTO CASE NEGRE
ORTOPEDICO
CRME 28879

C&L: Cunha de engrenagem

Intervenção:

See anotação no C6.

Data

Horário

<i>PROTESE</i>	<i>REVISADO</i>



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: <u>Emancete Silveira Soares</u>		Sexo: _____	
Data de Nascimento: _____		Idade: <u>25 anos</u>	C.I.: _____
País ou Responsáveis: _____			
Endereço: _____		Cidade: <u>Palmares</u> Tel.: _____ Hora do Atendimento: _____ H.	
DESTINO DO PACIENTE: <u>HOF - TRIPUMPTO</u>		SENHA: <u>531.6930</u>	
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA			
ANAMNESE: <u>Paciente trazido pelo SAMU alcoolizado com história de alcoolismo de motivo. Sem história de lesões em ossos</u>			
EXAME FÍSICO: <u>Frinimento + deformidade no pé direito (E)</u>			
DROGAS ADMINISTRADAS: <u>Cefotetina 2g + AD e VDT 0,5ml im Propranolol</u>			
EXAMES COMPLEMENTARES: <u>R</u>		<u>OBS: Pés nos 01 traumato no plantar</u> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>12 JUN 2019</p> <p>Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Lote 5 Recife - PE</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>02 ABR 2018</p> <p>Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715, Lote 5 Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040</p> </div> </div>	
HD: <u>Fratura exposta pé direito (E)</u>			
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente com EGR, consciente, orientado, afibril, hidratado, normotensão, normocarócio. Espneico em ar ambiente, boca oral, Tórax simétrico, abdômen indolor à palpação, flácido, eliminacões normais, na maca com fratura em -mí e, segue os cuidados da enfermagem.			
DATA: <u>10/02/17</u>		<u>João Gonçalves de Lima Neto Enfermeiro CORE/PE 389.532</u>	

*TEOT 13/02
CARLA PE 17/02
DR. SÉRGIO HENRIQUE CARVALHO*

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

11/12/2017 03:37

Nome Paciente:	EMANÖELE DA SILVA SOARES
Cód. Paciente:	1047755
Data de Nascimento:	06/09/1992
Sexo:	Masculino
Idade:	25
Senha:	FN0007
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	713984



11/12/2017 03:37 - UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACTE PROCEDENTE DO HRP VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO C/ TRAUMA EM MIE.

Observação: NEGA DESMAIO/ VOMITOS, NEGA ALERGIA MED, DM, HAS.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): -FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 7



Acolhido(a) por: UBIRACILDA SALES DE LIMA
Data: 11/12/2017 03:37



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL



e. del.

NOME: Ednaelle de Sálvio Soares

IDADE: 25 RG: 8.825.532 ESTADO CIVIL: Solteira.

RESPONSÁVEL: Levanaelle Avelino de Sálvio (mãe).

ENDEREÇO: Quilombo 3 Qds 14 nº: 13

PONTO DE REFERÊNCIA: Próximo ao Fórum. Palmares

TELEFONE: (93) 948522 | Ednaelle |

INFORMES: - Admitida dia 31/12/17, no dia do Hospital Regional de Palmares após sofrer acidente de m. (deslizamento). obs: brigada pelo SAMU.

- Solteira, reside com 9 genitais ali me, no momento este desempregado.

- Oferece apoio hospitalar e libera

Ednaelle Soares
Edna Franco
Assistente Social
043 HOF

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPIAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2018

Brasão Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 4.5
Recife - PE

ASSISTENTE SOCIAL/ DATA

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
25/12	21h	<p><u>Eufemias</u></p> <p>paciente encontra-se G.R. consciente orientada, ludotática e xupms. O comportamento, ligeiramente agressivo para gente e para vidas, ameaçando elas. A eufemias. Orientei a equipe para que busquem reabilitabilidade das vidas para supervisão de plautas. Encarei e esclareci algumas possíveis posses presentes que restringem seu comportamento e postura.</p> <p style="text-align: right;">INTERNAÇÃO DEFERIDA</p>
02/01	16h	<p><u>Contração</u></p> <p>Foi informado ao residente de Ortopedia Elio que havia demanda de entregar o técnico de enfermagem que não sabia dizer o nome. Pelo que fui eu e os demais técnicos da Prótese que não sei encontrava. Solicitei o mesmo que havia. Se movimento de possibilidades, informar que ia devolver quando o paciente fosse para o BC. Dá 13h.</p> <p>Enviado ao suspeito, informe sobre a respeito, + o mesmo comprova que os setores, ainda não quis devolver. Paciente medicada conforme alergenias antigas.</p> <p style="text-align: right;">INTERNAÇÃO DEFERIDA</p>
03/01	10h	<p><u>Eufemias</u></p> <p>Paciente encontra-se (intercorrépc) e xupms. Debil ao toque + tit. est MIF daí de os cijg seguiu em ble</p>



SES/FUSAM

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: EMANOELE DA SILVA SOARES Prontuário: 1047755

Cirurgião: EDSON SOUZA JR. 1º Auxiliar: RICARDO MENEZES

Anestesista: DRA FABIANA Anestesia: RAQUI

Data da Operação: 12/12/17

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA Perna ESQ

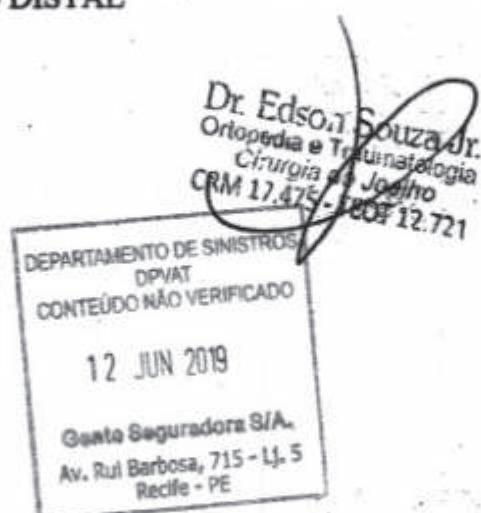
Diagnóstico Pós-operatório: A MESMA

Operação Proposta: TRAT CIRURGICO FRATURA OSSOS DA Perna ESQ COM FIXADOR EXTERNO + RETALHO MUSCULAR

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ANTISSEPSIA + ASSEPSIA DO MIE.
3. OBSERVADO FERIMENTO +/- 10CM EM FACE ANTERIOR DA Perna ESQ COM GRANDE EXPOSICAO ÓSSEA. OBSERVADO TAMBÉM FRATURA COMINUTA
4. REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTIVA COM IRRIGAÇÃO ABUNDANTE COM SF0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. REALIZADA ALINHAMENTO + FIXAÇÃO EXTERNA TUBO-A-TUBO.
6. OBSERVADA BOA ESTABILIDADE
7. APÓS FIXAÇÃO FOI OBSERVADO GRANDE ÁREA DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA SEM POSSIBILIDADE DE COBERTURA. FOI REALIZADO RETALHO MUSCULAR
8. SUTURA DE PELE
9. CURATIVO
10. BOA PERFUSÃO DISTAL





SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO

AN series hemato

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICASRua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549Nº amostra: 49
ID paciente: 1097755
Nome: EMANUELE SOARES

24/3

Rack: 6
TP3

Posição: 5

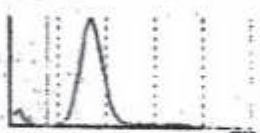
09/01/2018 10:38:32 WB

SERIE VERMELHA

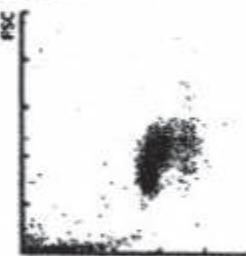
REFERENCIA

RBC	4.33	[10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.6
HGB	12.4	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	36.7	[%]	34 - 48
MCV	84.8	[fL]	80 - 98
MCH	28.6	[pg]	25 - 32
MCHC	33.8	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	37.4	[fL]	38.6 - 49.1
DN-CV	12.2	[%]	12 - 15
NRBC	0.00	[10 ³ /uL]	0.0 [%]

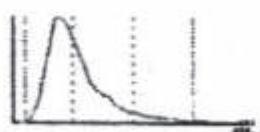
RBC



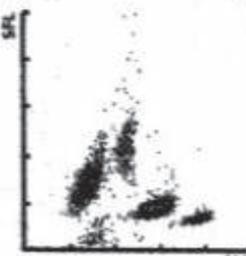
WNR



PLT



WDF



CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT	298	[10 ³ /uL]	150 - 450
MPV	10.7	[fL]	9.0 - 13.0
PDW	12.4	[fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	29.0	[%]	13.0 - 43.0
PCT	0.32	[%]	0.17 - 0.35

SERIE BRANCA

WBC	6.39	[10 ³ /uL]	4.5 - 10.0
IG	0.02	[10 ³ /uL]	0.3 [%]
NEUT	3.48	[10 ³ /uL]	54.4 [%]
LYMPH	1.65	[10 ³ /uL]	25.8 [%]
MONO	0.65	[10 ³ /uL]	10.2 [%]
EO	0.56	[10 ³ /uL]	8.8 [%]
ASO	0.05	[10 ³ /uL]	0.8 [%]

2.0 - 7.0	# 45 - 75%
1.0 - 4.0	# 20 - 40%
0.1 - 1.0	# 03 - 10%
0.0 - 0.7	# 0 - 7 %
0.0 - 0.2	# 0 - 2 %

WBC IP Message

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lote 5
Recife - PE

RBC IP Message

PLT IP Message

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lote 5
Recife - PE CEP: 52011-040

VS H = 20mm

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
 Rua Aprigio Guimaraes s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PABX: 31828500
 Equipamento: CMD 800i

Paciente: EMANUELE DA SILVA ID amostr: DIU49
 D paciente: 1047755 Tipo de amostra: Soro
 Data nascimento:
 Endereço:
 Sexo: Fem Cód barra:
 Médico:
 Diagn.: Data da coleta: 09/01/2018
 Hora da coleta:
 Depart.: TP3
 Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
P/UR ULTRA	16.9 ✓	mg/L	H	0.0 - 5.0

Data/Hora solicitação: 09/01/2018 Data/Hora teste: 09/01/2018 Data/Hora Impr.: 09/01/2018 10:00:01

Testador: Revisor:

Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra


 Roberto Santos
 Farm. Bioquímico
 CRF: 1545

09/01/2018 10:00:01

Solicitação:

Assinatura:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2019

Gesta Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

09/01/2018 10:00:01

Solicitação:

Assinatura:

Solicitação:

09/01/2018 10:00:01



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

XN series hemato



Nº amostra: 31
D paciente 1047755

Rack: 3
TRAUMA 3

Posição: 8

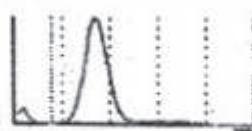
12/01/2018 10:17:34 WB

Nome: EMANUELE DA SILVA SOARES

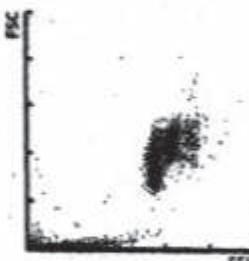
SERIE VERMELHA

		REFERENCIA
RBC	4.25	[10 ⁶ /uL] 4.0 - 5.6
HGB	12.1	[g/dL] 12.0 - 16.0
HCT	36.4	[%] 34 - 48
MCV	85.6	[fL] 80 - 98
MCH	28.5	[pg] 25 - 32
MCHC	33.2	[g/dL] 31 - 36
RDW-SD	38.5	[fL] 38.6 - 49.1
RDW-CV	12.2	[%) 12 - 15
NRBC	0.00	[10 ³ /uL] 0.0 [%]

RBC



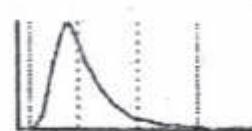
WNR



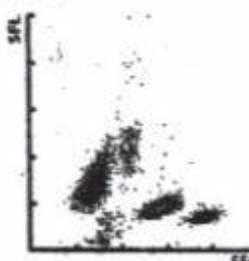
CONTAGEM DE PLAQUETAS

		REFERENCIA
PLT	281	[10 ³ /uL] 150 - 450
MPV	11.0	[fL] 9.0 - 13.0
PDW	12.5	[fL] 9.0 - 17.0
P-LCR	31.9	[%) 13.0 - 43.0
PCT	0.31	[%) 0.17 - 0.35

PLT



WDF



SERIE BRANCA

		REFERENCIA
WBC	6.55	[10 ³ /uL] 4.5 - 10.0
IG	0.02	[10 ³ /uL] 0.3 [%]
NEUT	3.10	[10 ³ /uL] 47.2 [%]
LYMPH	2.27	[10 ³ /uL] 34.7 [%]
MONO	0.49	[10 ³ /uL] 7.5 [%]
EO	0.62	[10 ³ /uL] 9.5 [%]
ASO	0.07	[10 ³ /uL] 1.1 [%]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE CEP: 52011-040

RBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

replies

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprigio Guimaraes s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PABX: 31828500

Equipamento: CMD 800i

Paciente: EMANUELE DA SILVA ID amostr.: DIU31
ID paciente: 1047755 Tipo de amostra: Soro
Data nascimento:
Idade:
Sexo: Fem Cód barra:
Médico:
Diagn.: Data da coleta: 12/01/2018
Hora da coleta:
Depart.: TRAUMA 3
Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
UREIA	24	mg/dL		10 - 50
CREATININA	0.63	mg/dL		0.60 - 1.10
Na	138	mmol/L		134 - 149
K	4.6	mmol/L		3.6 - 5.5
Cl	99	mmol/L		94 - 112

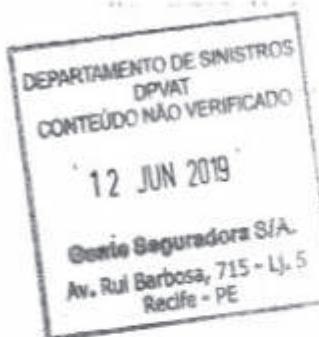
Data/Hora solicitação: 12/01/2018 Data/Hora teste: 12/01/2018
Data/Hora impr.: 12/01/2018 09:19:51

Testador: Revisor:

Página 1 de 1 Resultado somente para esta amostra

ra ista amostra

50



ra ista amostra

50

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

ACL ELITEPRO Rel. 03.01.04 - Instrumentation Laboratory

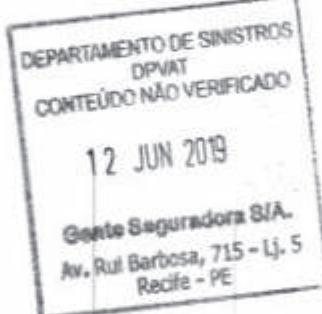
SAMPLE REPORT

Sample ID 31H 12/01/18
Patient ID 1047755
Patient Name EMANUELE S SOARES
Birth Date Sex

Department TRAUMA 3
Physician
Entry Date 12.01.2018

Operator notes _____

Test	Results	Units	Normal Range	Analysis Date-Time
Recombipl-PTex	12.0	s	9.920 -	14.9 12.01.2018 - 14:18
	1.011	INR		
	98.4	%	70.0 - 120	



Note: * = outside normal range

Signature _____



Nº amostra: 82

ID paciente: 1047253

Nome: EMANUELE DOS S SOARES

Rack: 8
A PRETA

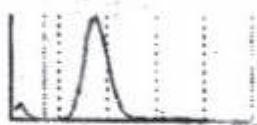
Posição: 4

11/12/2017 16:49:29 WB

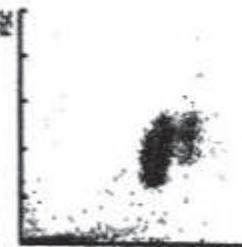
SERIE VERMELHA

		REFERENCIA
RBC	3.66	[10 ⁶ /uL] 4.0 - 5.6
HGB	11.1	[g/dL] 12.0 - 16.0
HCT	32.4	[%] 34 - 48
MCV	88.5	[fL] 80 - 98
MCH	30.3	[pg] 25 - 32
MCHC	34.3	[g/dL] 31 - 36
RDW-SD	40.5	[fL] 38.6 - 49.1
RDW-CV	12.4	[%) 12 - 15
NRBC	0.00	[10 ³ /uL] 0.0 [%]

RBC



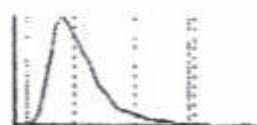
WNR



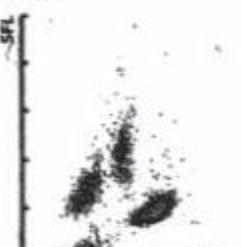
CONTAGEM DE PLAQUETAS

		REFERENCIA
PLT	248	[10 ³ /uL] 150 - 450
MPV	10.9	[fL] 9.0 - 13.0
PDW	12.2	[fL] 9.0 - 17.0
P-LCR	32.1	[%] 13.0 - 43.0
PCT	0.27	[%] 0.17 - 0.35

PLT



WDF



SERIE BRANCA

		REFERENCIA
WBC	9.22	[10 ³ /uL] 4.5 - 10.0
IG	0.03	[10 ³ /uL] 0.3 [%]
NEUT	6.53	[10 ³ /uL] 70.9 [%]
LYMPH	1.44	[10 ³ /uL] 15.6 [%]
MONO	1.21	[10 ³ /uL] 13.1 [%]
EO	0.01	[10 ³ /uL] 0.1 [%]
BASO	0.03	[10 ³ /uL] 0.3 [%]

WBC IP Message
Monocytosis

RBC IP Message

PLT IP Message



Francisco Ivo da Oliveira
289, Olávio da...
Laboratório: 4122-4322
CRF/PE N° 523

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

ACL ELITEPRO Rel. 03.01.04 - Instrumentation Laboratory

SAMPLE REPORT

Sample ID 82H 11/12/17

Patient ID 1017253

Patient Name EMANUELE DOS S SOARES

Birth Date

Sex

Department A PRETA

Physician

Entry Date 11.12.2017

Operator notes _____

Test	Results	Units	Normal Range	Analysis Date-Time
combipl-PTex	13.7	s	9.920 -	14.9 11.12.2017 - 17:10
	1.153	INR		
	78.8	%	70.0 - 120	


Francisco Livo de Oliveira
Esp. Clínico
Laboratório - sala 22, 4º andar
CRF/PE N° 623



Note: * = outside normal range

Signature _____

24-5
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640

Fone: (81) 3182-8549

XV series hemato



1º amostra: 36

0 paciente 1047755

Nome: EMANUELE DA SILVA SOARES

Rack: 4

TRAUMA 3

Posição:5 24/3

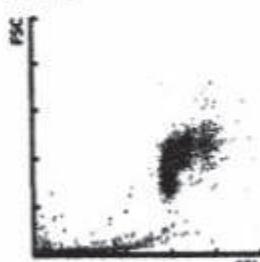
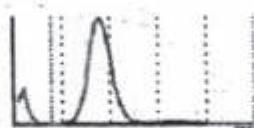
02/01/2018 10:30:35 WB

SERIE VERMELHA

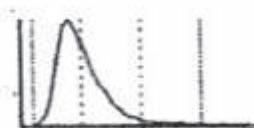
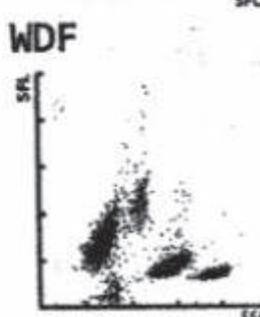
REFERENCIA

RBC

WNR



PLT

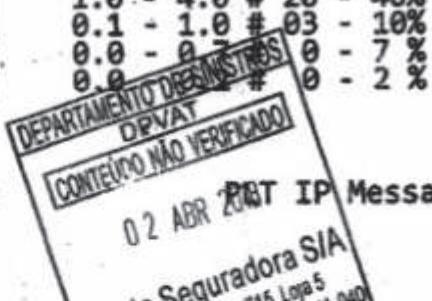


CONTAGEM DE PLAQUETAS

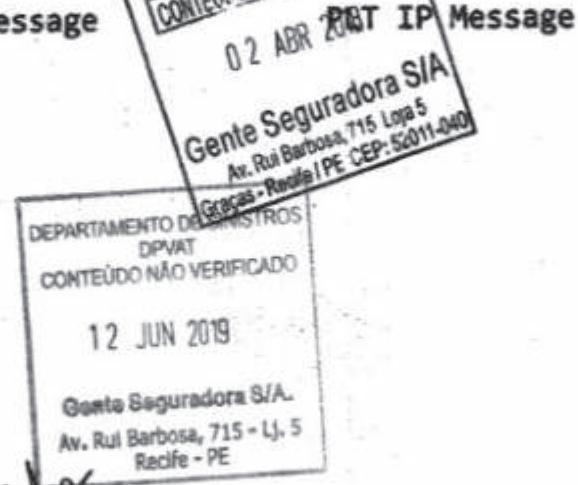
PLT	429 + [10^3/uL]	150 - 450
MPV	10.2 [fL]	9.0 - 13.0
PDW	11.1 [fL]	9.0 - 17.0
D-LCR	25.9 [%]	13.0 - 43.0
PCT	0.44 + [%]	0.17 - 0.35

SERIE BRANCA

NBC	6.29 [10^3/uL]	4.5 - 10.0
IG	0.04 [10^3/uL]	0.6 [%]
NEUT	3.05 [10^3/uL]	48.5 [%]
LYMPH	2.05 [10^3/uL]	32.6 [%]
MONO	0.48 [10^3/uL]	7.6 [%]
EO	0.65 + [10^3/uL]	10.3 + [%]
BASO	0.06 [10^3/uL]	1.0 [%]



NBC IP Message

RBC IP Message
Anemia

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

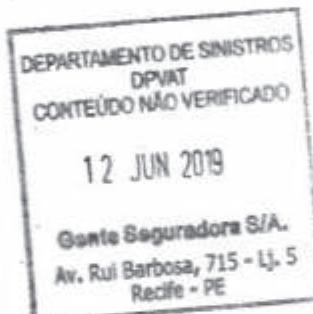
ACL ELITEPRO Rel. 03.01.04 - Instrumentation Laboratory
SAMPLE REPORT

Sample ID 36H 02/01/2018
Patient ID 1047755
Patient Name EMANUELE DA SILVA SOARES
Birth Date Sex

Department
Physician
Entry Date 02.01.2018

Operator notes _____

Test	Results	Units	Normal Range	Analysis Date-Time
Recombipl-PTex	11.7 0.985 103	s INR %	9.920 - 14.9 70.0 - 120	02.01.2018 - 11:11



*Ronaldo
03/01/2018*

Note: * = outside normal range

Signature _____

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprigio Guimaraes s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PABX: 31828500

Equipamento: CMD 800i

paciente: EMANUELE DA SILVA ID amostr: DIUO36
 paciente: 1047755 Tipo de amostra: Soro
 data nascimento:
 ade:
 sexo: Fem Data da coleta: 02/01/2018
 Endo:
 agn.:

Hora da coleta:
 Depart.: T03
 Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
UREIA	19	mg/dL		10 - 50
CREATININA	0.57	mg/dL	L	0.60 - 1.10
Na	138	mmol/L		134 - 149
Cl	5.1	mmol/L		3.6 - 5.5
CO2	103	mmol/L		94 - 112

Data/Hora solicitação: 02/01/2018 Data/Hora teste: 02/01/2018
 Data/Hora Impr.: 02/01/2018 11:30:19

Estad.: Revisor:

Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra

02/01/2018



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



Ficha de Notificação de Suspensão de Cirurgia

24-03

do Paciente: Emmanuel da Silva Soares
Número: 1047755 Hora da Cirurgia: _____
de Cirurgia: Fratura de Fíbula
gão: _____ Clínica: _____
tesista: _____

idor () COOPANEST ()

Descrição dos motivos: (Deve ser preenchido e assinado pelo autor da suspensão)

Cirurgia futura devendo a suspensão
ante do risco avançado

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUN 2019
Geste Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE

Data: 02/01/2018

Hora da Suspensão: _____

Dr. Pedro Paulo Pitt de Lima
Cirurgião e Anestesiologista
CRM-PE 24809

Assinatura do responsável pela suspensão

Neimary Barvalho
Enfermeira
COREN-PE 322.479

Assinatura da Enfermeira do Bloco Cirúrgico

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTO – CONSENTIMENTO INFORMADO



PACIENTE



RESPONSÁVEL – PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Enyaneil S. Sivore RG: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: Cláudia Moura

NOME DO MÉDICO: Cláudia Moura CRM: 29598

PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Endoscopia Reta

Declaro ter sido esclarecido pelo médico acima mencionado sobre a proposta de tratamento e procedimento a que serrei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, sendo estas, claramente esclarecidas pelo médico. Que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, sendo todas respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para ser alcançado/obtido o melhor resultado. Também estou ciente que poderão ocorrer complicações durante o (s) tratamentos (s) assistência clínica ou procedimento, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas. Confirme que recebi explicações de meu médico, comprehendi e concordei com tudo que me foi esclarecido.

Declaro também que nada omiti em relação a minha saúde e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas e que concordo que esta declaração pode fazer parte do prontuário médico.

Recife, 05 de 01 de 18

Enyaneil da Sivore
Assinatura do paciente ou Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DECLARAÇÃO MÉDICA

12 JUN 2019

Declaro para os devidos fins, que esclareci o (a) paciente e/ou seu (ua) responsável, sobre diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo, prazos, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos e intercorrências inesperadas, bem como sobre as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos, respondi a todas as perguntas formuladas pelo (a) paciente e/ou resp. e acredito ter sido compreendido.

Recife, 05 de 01 de 18

Cláudia Moura
Assinatura do paciente ou Responsável

Dr. Cláudia Moura
CRM-PB 29598

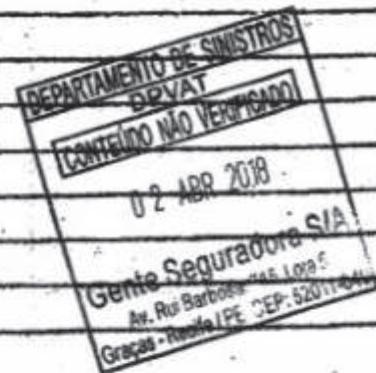
Ficha de Notificação de Suspensão de Cirurgia

Nome do Paciente: Emanuelle da Silve Socorro
Número do Carteira nº: 3047755 Hora da Cirurgia: 12:00
Local de Cirurgia: Hospital Otávio de Freitas ()
Médico: José Luiz Clínica: traumatolog
Esteticista: _____

Administrador () COOPANEST ()

Descrição dos motivos: (Deve ser preenchido e assinado pelo autor da suspensão)

falta de eletrotonomotoras clínicas (condições de
sele no sítio cirúrgico)



Data: 05/01/18 Hora da Suspensão: 10:20



Dr. Túlio Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 20000

Assinatura do responsável pela suspensão

Juande Lopes
COREMEPE 2714767

Assinatura da Enfermeira do Bloco Cirúrgico

Juane Lopes



SES/PUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

NOTA DE SALA DE CIRURGIA/CENTRO CIRÚRGICO 2º ANDAR

DATA: 12/12/2017
 Paciente: GRANATO DE DA SILVA SOARES N° Sala Cirúrgica: 02
 Reg: 104-7755 Tel: 25 anos
 Cirurgião: DR. Colom Circulante: Ida Reser
 Enfermeir(a): Clarice Zelma Auxiliar: Edilene Anestesista: DR. Fabiana Fonscq
 Especialidade: Uro(), Uro PVU(), Geral(), Geral PVU(), Trauma (X), CPRE(), Torácica(), Torácica PVU()
 CIRURGIA: TC - Fratura costela MTE

QTD	ADRENALINA AMPOLA	01	AGULHA 15X4,5 UNID	01	ALGODÃO SEM ABSULHA Nº
	ÁGUA BIODESTILADA 10ml AMPOLA	04	AGULHA 25X07 UNID	01	ALGODÃO COM AGULHA Nº
	ÁGUA BIODESTILADA 500ml FA	01	AGULHA 40X12 UNID		CAT. GUT CROMADO Nº
	AMINOFILINA AMPOLA	01	AGULHA P/ FERDURAL Nº		CAT. GUT SIMPLES Nº
	AMICACINA AMPOLA	01	AGULHA P/ RAQUÍ Nº		SEPARADOR 100ml 2-0
	ATRACÓRIO (TRACRUM) AMPOLA	01	ALG.ORTOPEDICO (cm)		MONONYLON Nº
	ATROPINA AMPOLA	05	ATADURA DE CREPE Nº 140 CM 1/1		MONICRON Nº
	BICARBONATO DE SÓDIO 10% AMPOLA		ATADURA GESSADA CM		FITA CARDIÁCA
	CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA		BOLSA DE COLOSTOMIA	01	PROLENE Nº 2
	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% AMPOLA		CATETER SUBCÁVIA ADULTO		VICRYL Nº
	DECADRON AMPOLA		CATETER SUBCÁVIA PEDIÁTRICO		
	DICLOFENACO DA SÓDIO AMPOLA		CATETER PERIDURAL		
	DIPRORINA AMPOLA	01	CARRO DE MATERIAIS Doseme (v)		ÁGUA OXIGENADA (ML)
	DOPAMINA AMPOLA	01	CERA PARA OSSO		ALCOOL 70% (ML)
	CEFAZOLINA (KEFAZOL) 1g FA		COLETOR SISTEMA ABERTO	01	ALCOOL IODADO (ML)
	CEPALOTINA (KEFLIN) 1g FA		COLETOR SISTEMA FECHADO		CLOREXIDINA 2% (ML)
	CLORIDRATO DE ETELEFRINA (EFTORTIL) AMPOLA	108	COMPRESSA CIRÚRGICA C/ 5 UNID.		DETERGENTE ENZIMÁTICO
	ENERGAN AMPOLA		DRENO LÂMINAR Nº		ETER (ML)
	FUROSEMIDA (LASIX) AMPOLA		DRENO PENROSE Nº		PVP/ DEGERMANTE (ML)
	GLUCOSE 5% AMPOLA		DRENO DE SUCCÃO Nº		PVP/ TÓPICO (ML)
	GLUCONATO DE CALCIO AMPOLA		DRENO TOBACCO Nº		INTURA BENJOIN (ML)
	HIDROCORTISONA 500mg	05	ELÉTRODOS	02	CAH-JTE
	HICINA AMPOLA		EQUIPO MACRO GTS/ MICRO GTS		BÁSICO VIDEO
	HYPADOL AMPOLA		ESPARADRAPO ANT. CM	01	BÁSICO AZUL
	ISOFLURANE (ML)	05	ESPARADRAPO IMPERM. CM		BÁSICO TORÁCICO
	LIQUEMINE (HEPARINA) FA		GASES PACOTES		BÁSICO HEMORRIODECTOMIA
	MANITOL (30g) / (20g)		IELCO Nº		ACO DE FISTULA
	METRONIDAZOL (FLAGYL) BOLSA	01	LÂMINA BISTURI Nº 2-3		ASICO DELICADO
	METOCLOPRAMIDA (PLASIL) AMPOLA		LIGA CLIP Nº 300		BÁSICO PROSTATA
	NEOCAÍNA 0,5% C/A AMPOLA		LIGA CLIP Nº 400	01	100P
	NEOCAÍNA 0,5% S/A AMPOLA		LUVA CIRÚRGICA 7,0		ACO URO / RTU
	NEOCAÍNA 5% PESADA AMPOLA	06	LUVA CIRÚRGICA 7,5		ACO BILIARES
	NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE) AMPOLA		LUVA CIRÚRGICA 8,0		
	NOREPINEFRINA (INORA) AMPOLA	01	LUVA DE PROCEDIMENTO	02	
	PANCURÔNIO (PAVULON) AMPOLA		MÁSCARA	01	
	RANITIDINA (ANTAK) AMPOLA	05	SONDA ENDOTRAQUEAL C/B Nº	03	
012	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ml	12	SONDA ENDOTRAQUEAL S/B Nº	01	
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml		SERINGA 1 cc	01	
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ml		SERINGA 5 cc	01	
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ml		SERINGA 10 cc	01	
	SORO GLUCOSADO 10% 500ml		SERINGA 20 cc	01	DEPARTAMENTO DE ANISTROS
	SORO GLUCOSADO 5% 500ml		SERINGA 60 cc	01	
	SORO RINGER LACTATO 500ml		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº	01	
	TENOXICAN (TILATIL) 40mg FA		SONDA FOLEY Nº	01	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
	XYLOCAÍNA GELEIA		SONDA NASO/ESTRÍNICA Nº	17	10/10/2014
	XYLOCAÍNA SPRAY		SONDA URETRAL Nº		
	ALFENTANILA (RAPIFEN) AMPOLA		SONDA RETAL Nº		
	CLORIDRATO DE PETIDINA (DOLANTINA) AMPOLA		SURGICEL UNID.		
	DIPRIVAM (PROPOFOL) AMPOLA	05	TELA PROLENE CM	Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5	
	FERTAMIL FA		TOUCA	Recife - PE	
	FLUMAZENIL (LANEXAT) AMPOLA		TORNEIRINHA 3 VIAS		
	MIDAZOLAN (DORMONID) 15mg AMPOLA		TRAQUEOSTOMO		
	MIDAZOLAN (DORMONID) 50mg AMPOLA				
	MORFINA (DIMORF) 10mg AMPOLA	01	ARTROSCOPIO ()		
	MORFINA (DIMORF) 1mg AMPOLA		ARCO CIRÚRGICO ()		
	MORFINA (DIMORF) 0,2mg AMPOLA		OXIMETRO ()		
	VALUM (DEAZEPAM) 10 ml AMPOLA		BISTURI ELÉTRICO ()		
			VIDÉO ()		
			CAPNÓGRAFO ()		
			MONITOR CARDIACO ()		

OME DA FIRMA:

CAIXA 3,5

CAIXA 4,5

CAIXA TUBO A TUBO 130 (estimativa)

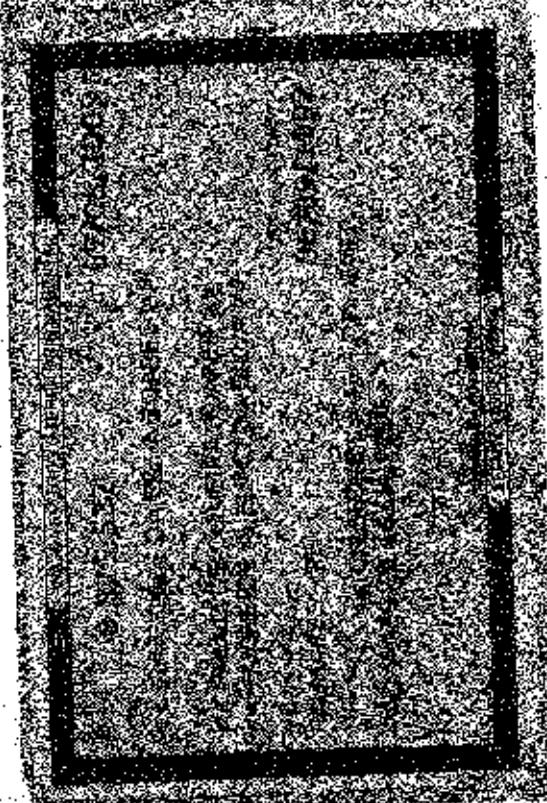
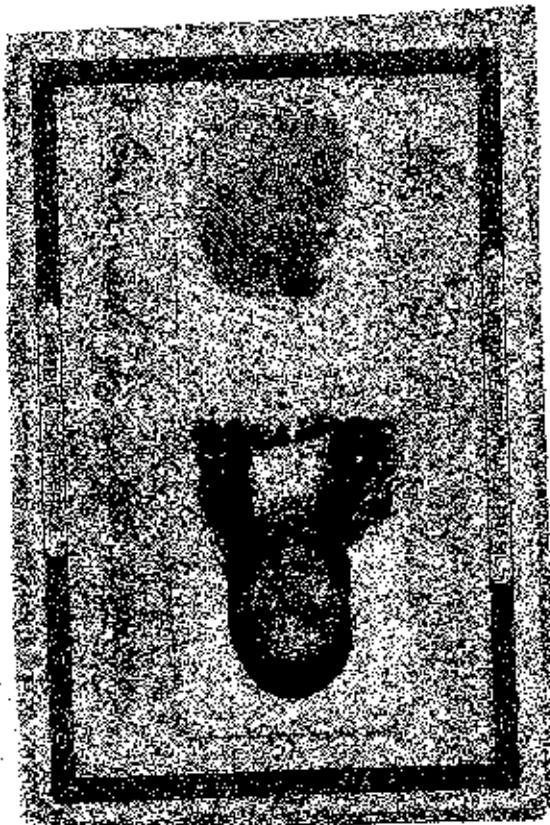
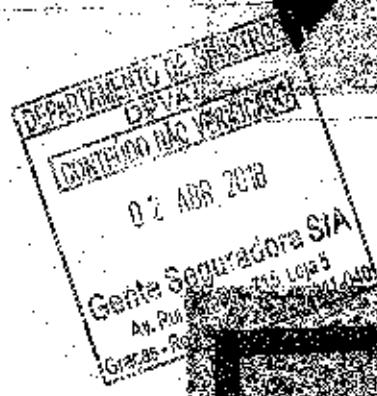
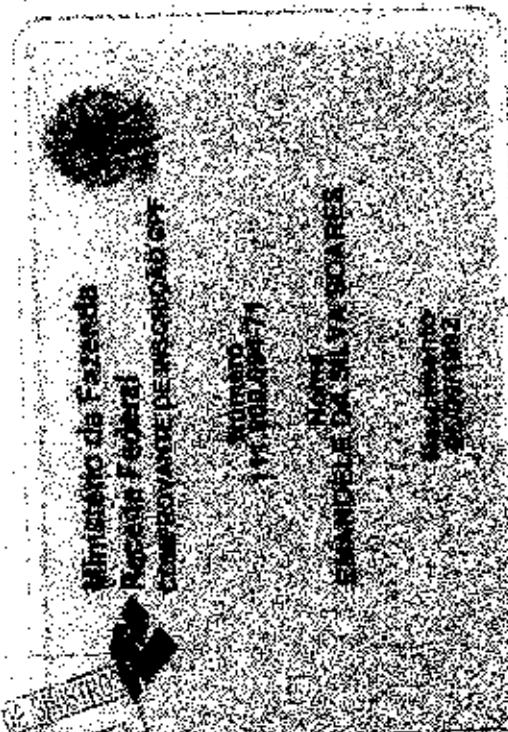
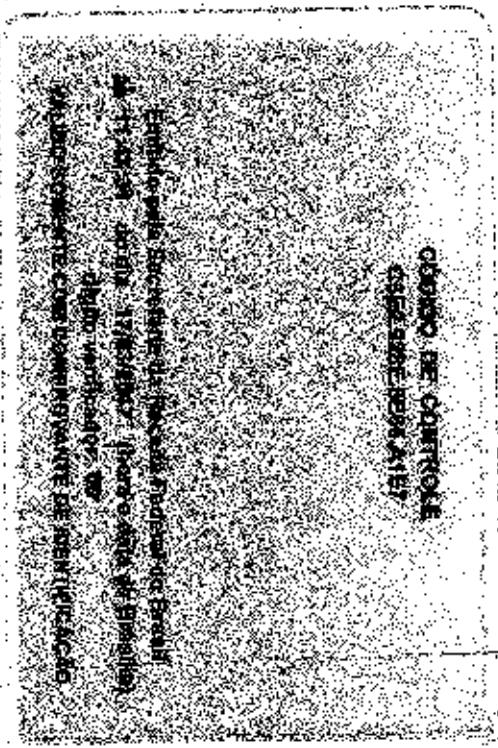
FIXADOR EXTERNO

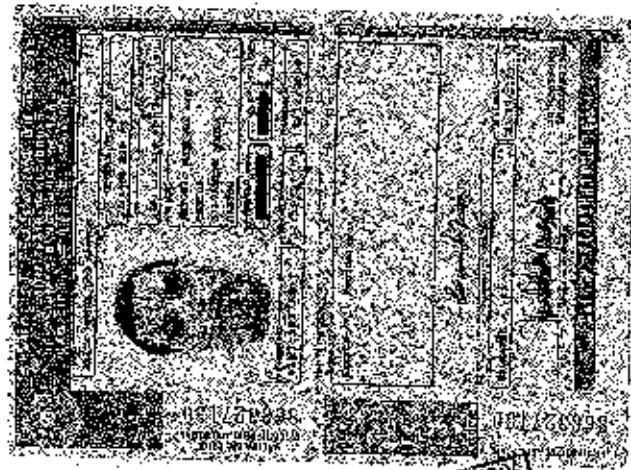
PARAFUSO

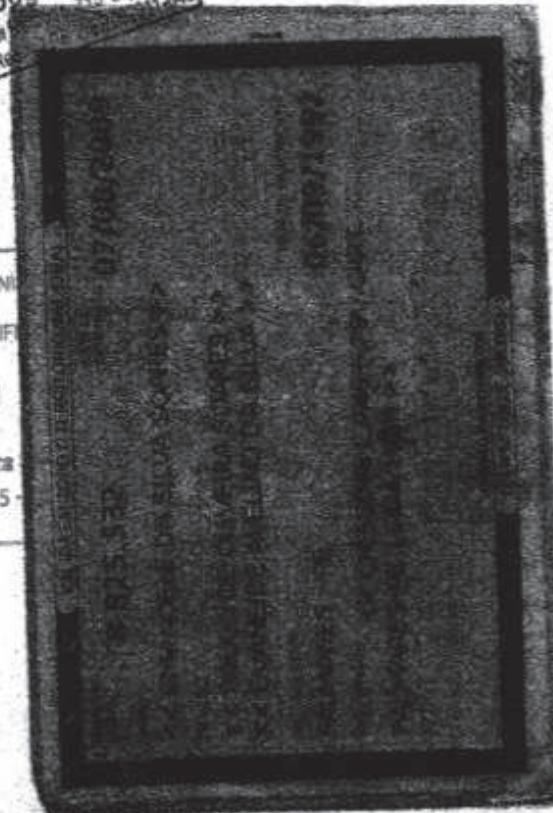
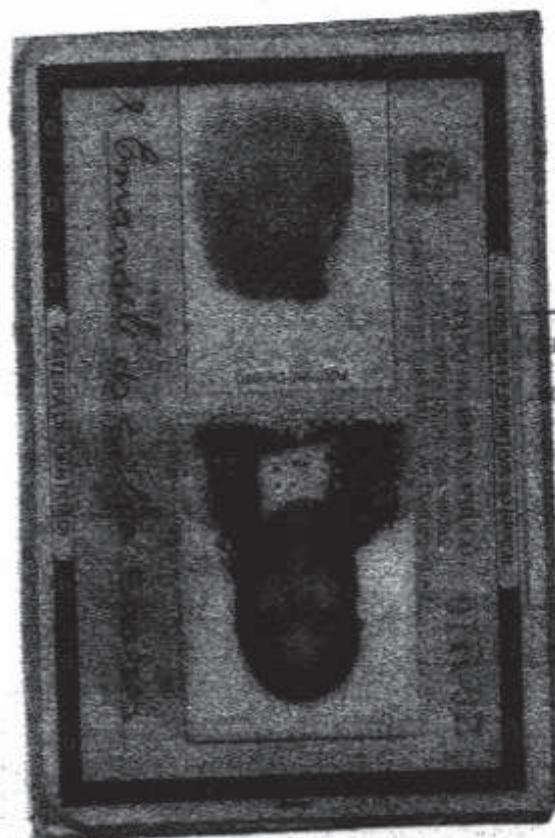
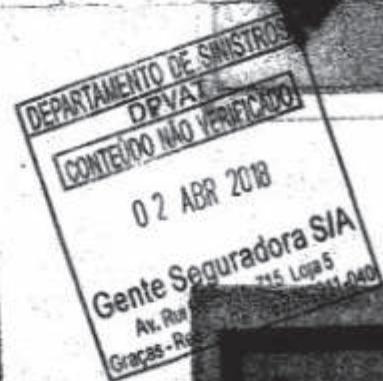
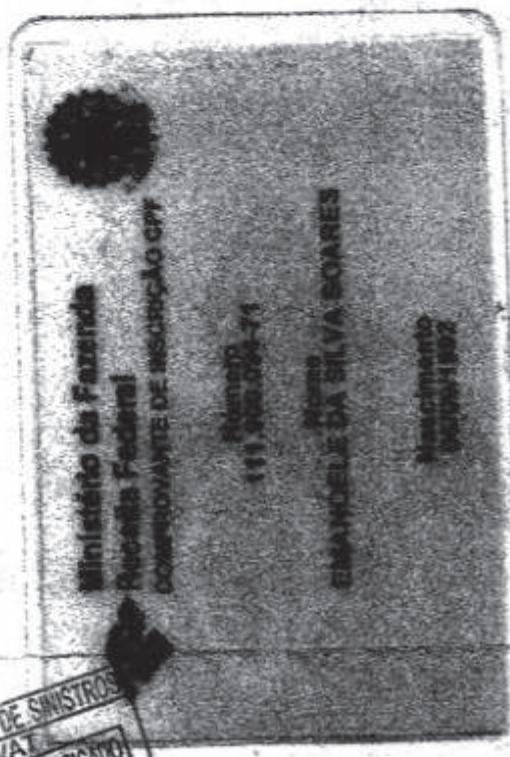
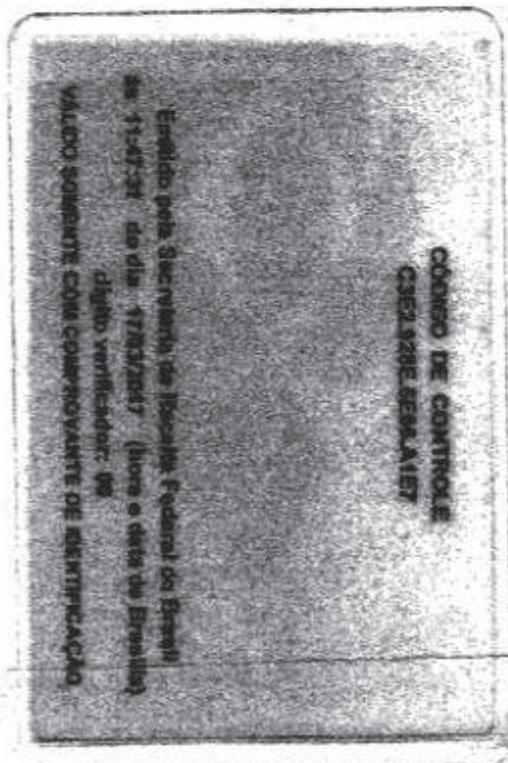
PARAFUSO

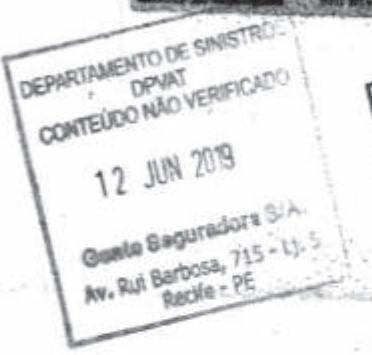
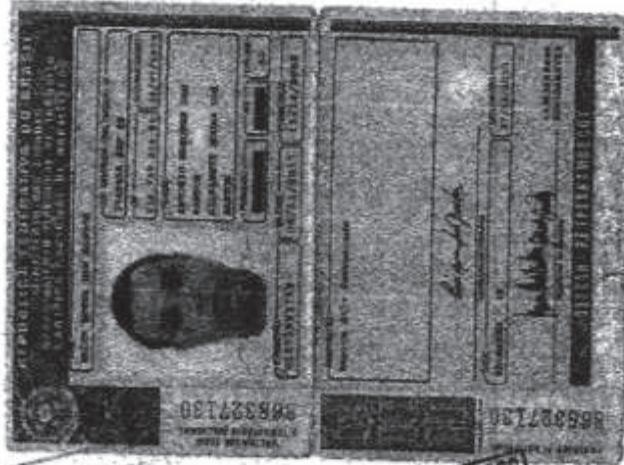
PARAFUSO

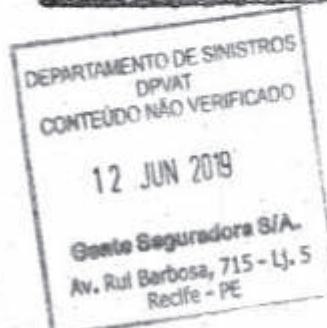
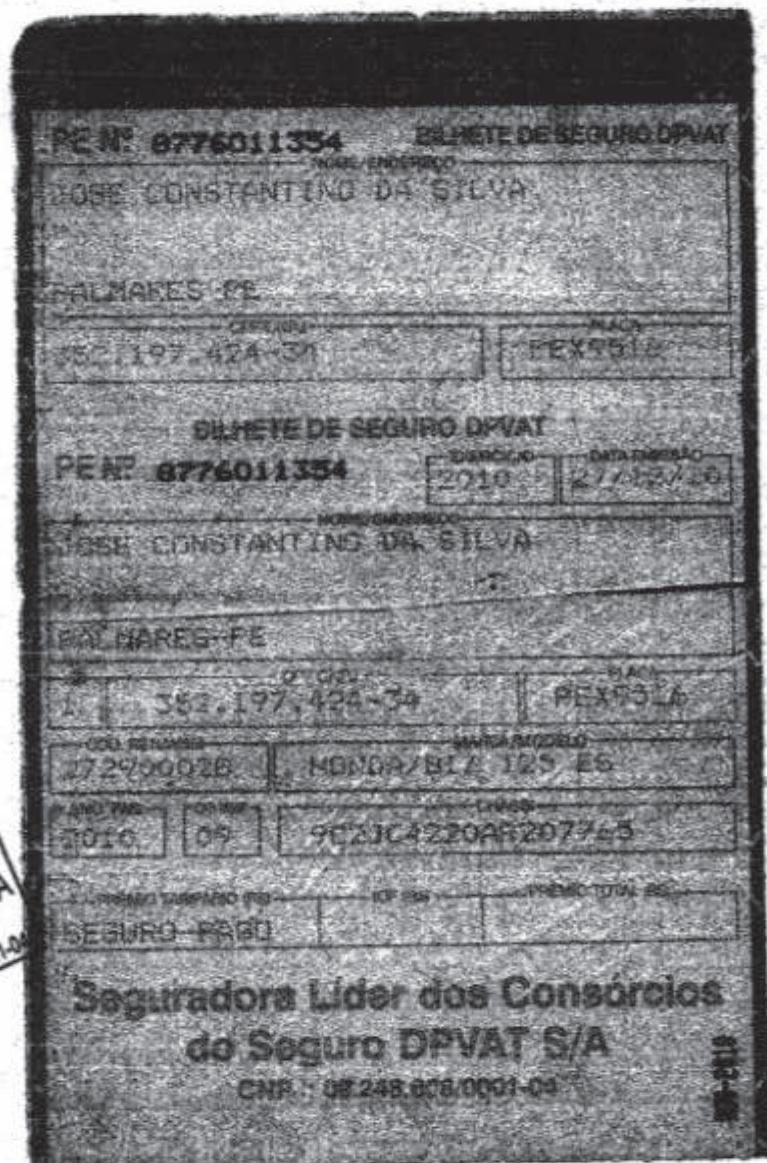
PLACA











PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190376487 **Cidade:** Palmares **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANOELE DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 11/12/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/ OSTEOSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 9/21_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190376487 **Cidade:** Palmares **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANOELE DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 11/12/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/ OSTEOSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 9/21_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: EMANUEL DA SILVA SOARES

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão: DEZAR

Identidade: 8825.532 - SDS-PE

CPF: 111.900.094-71

Endereço: EG ESPERANÇA, 13,00-14, ZONA RURAL, PALMARES - PE

PROCURADOR:

Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: PROFESSOR

Identidade: 3.748.956 CPF: 019.739.214-80

Endereço: AV. CEL. AUSTRICLINIO, N° 797, CENTRO, PALMARES - PE

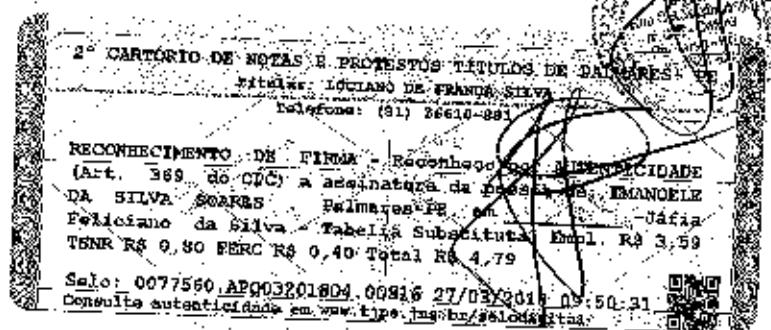
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sinceres e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.



Palmares, 27 MAR 2018
Local e data

Emmanuel da Silva Soares

Assinatura do Beneficiário/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: EMANOEL DA SILVA SOARES

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: SOTERI

Profissão: DO CAR

Identidade: 8825.532 - SDS-PE

CPF: 111.900.094-71

Endereço: EG ESPERANÇA, 13,00 - 11, ZONA RURAL, PALMARES - PE

PROCURADOR:

Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: PROFESSOR

Identidade: 3.748.956 CPF: 019.739.214-80.

Endereço: AV. CEL. AUSTRICLINIO, N° 797, CENTRO, PALMARES - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2018

Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sinceres e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

FIRMA
RECONHECIMENTO DE FIRMA



Palmares, 27 MAR 2018
Local e data

Emmanuel da Silva Soares
Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS TÍTULOS DE PALMARES - PE
Titular: EMANUEL DA SILVA SOARES
Telefone: (81) 36610-881

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconhecimento de Autenticidade
(Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de: EMANUEL DA SILVA SOARES - Palmares-PE, no dia: 27/03/2018 - Júris
Feliciano da Silva - Tabelião Substituto. Enc. R\$ 3,59
TMR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 Total R\$ 4,79

Selo: 0077560.AFQ03201804.00816 27/03/2018 09:50:31
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selos/afq

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199377/19

Vítima: EMANOELE DA SILVA SOARES

CPF: 111.900.094-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/12/2017

Titular do CPF: EMANOELE DA SILVA SOARES

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ERICK MOURA DOS SANTOS : 019.739.214-80

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EMANOELE DA SILVA SOARES : 111.900.094-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2019
Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS
CPF: 019.739.214-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ERICK MOURA DOS SANTOS

Marta Marinho dos Santos