
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

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 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

EMANUELE DA SILVA SOARES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	EMANUELE DA SILVA SOARES		CPF titular da conta	111.900.094-71	Profissão	DO 2AR
Endereço	EG ESPERANSA		Número	13	Complemento	CASA
Bairro	EG ESPERANSA	Cidade	PALMARES	Estado	PERNAMBUCO	CEP
Email	GIVALDO.BOMBEIRO@YAHOO.COM.BR		Telefone (DDD)		(11) 3662-3316	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (301) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO. 0916 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 64004 (Informar dígito se existir)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO NOME AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir) (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

Emanuele 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

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 LAR
Endereço EG ESPERANÇA		Número 13	Complemento CASA
Bairro EG ESPERANÇA	Cidade PALMARES	Estado PERNAMBUCO	CEP 55540-000
Email GIVALDOBOMBEIRO@YAHOO.COM.BR			Telefone (DDD) (11) 3662-3316

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, que a residência informada é a residência atual no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <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"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> 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 opções abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todas as bancas) BANCO Nome _____ NRO _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) AGÊNCIA NRO. 0916 D/V _____ CONTA NRO. 64004 D/V 4		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	

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

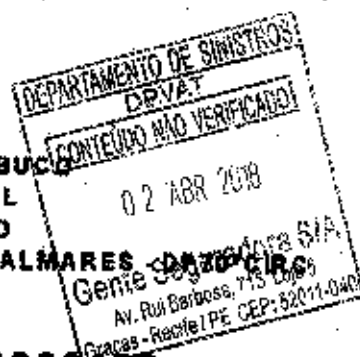
Emanuel da Silva Soares

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 970ª CIRCUNSCRIÇÃO - PALMARES
DINTER/13ª DESEG



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0160000433

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

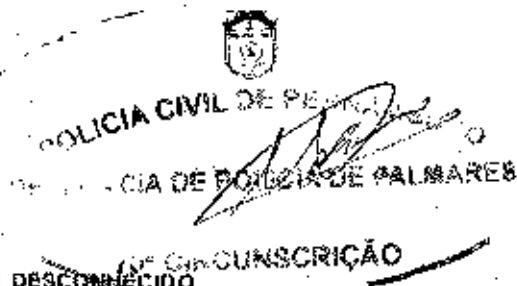
ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Delato (Consumado) que aconteceu no dia 11/12/2017 às 00:19

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE PALMARES, 1, BR-101 SUL 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 CONSTANTINO DA SILVA (OUTRO)
EMANOELE DA SILVA SOARES (VITIMA)

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

EMANOELE DA SILVA SOARES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: EVANEIDE AVELINO DA SILVA Pai: PAULO DE OLIVEIRA SOARES Data de Nascimento: 6/9/1992 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residência: MUNICIPIO DE PALMARES, 13, ENG ESPERANÇA 13 QUADRA 14, PALMARES PE - CEP: 55000-000 - 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 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE CONSTANTINO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/MONDAMÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEX9616 (PERNAMBUCO/PALMARES) Renavam: 272800028 Chassi: 902JC4228AN207765
Ano Fabricação/Modelo: Combustível: ALCOOL/ASOL
2011/2011

Complemento / Observação

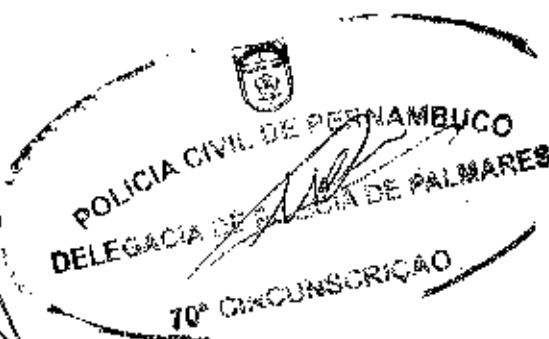
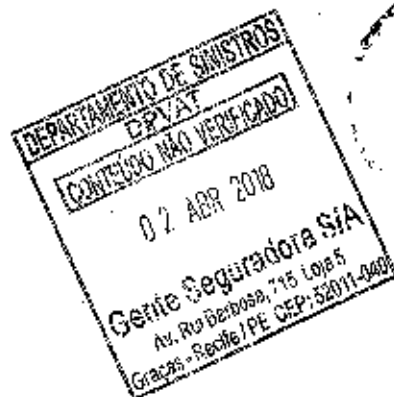
A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA JA CITADA NESSE BOLETIM, PELA BR-101 SENTIDO DA CIDADE DE JOAQUIM NABUCO A PALMARES, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA PONTE DO ENGENHO SANTA FÉ, UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DA MOTOCICLETA E QUANDO A A VITIMA TENTOU DESVIAR, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU SEGUINDO O ATENDIMENTO N° 678897 PARA O HOSPITAL REGIONAL DOS PALMARES PRONTUARIO DE N° 28533, ATENDIMENTO N° 678896. A VITIMA TEM FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA SENDO TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS. SEM MAIS ENCEARO ESTE BOE.

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

JOSE CONSTANTINO DA SILVA
(OUTRO)

Emanuele da Silva Soares
EMANOUELE DA SILVA SOARES
(VITIMA)

S.O. registrado por: *Marcelo Cavalcanti Souveira Lins* - Matrícula: 319726-3





432897
0114646/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 070ª CIRCUNSCRIÇÃO - PALMARES
DINTER 1/13ª DESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA N°. 18E0160000-433

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

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Deloso (Consumado) que aconteceu no dia 11/12/2017 às 09:18

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE PALMARES, 1, BR-101 SUL 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 CONSTANTINO DA SILVA (OUTRO)
EMANOELE DA SILVA SOARES (VITIMA)

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



528821
Del 0199344/19
3190376 (433)

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

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

EMANOELE DA SILVA SOARES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: EVANEIDE AVELINO DA SILVA Pai: PAULO DE OLIVEIRA SOARES Data de Nascimento: 09/1992 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residência: MUNICIPIO DE PALMARES, 13, ENG ESPERANÇA 13 QUADRA 14, PALMARES PE - CEP: 55000-000 - 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 CONSTANTINO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

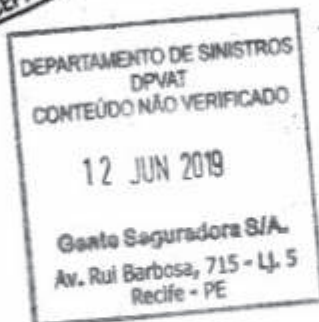
A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA JA CITADA NESSE BOLETIM, PELA BR-101 SENTIDO DA CIDADE DE JOAQUIM NABUCO A PALMARES, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA PONTE DO ENGENHO SANTA FÉ, UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DA MOTOCICLETA E QUANDO A A VITIMA TENTOU DESVIAR, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU SEGUNDO O ATENDIMENTO N° 678897 PARA O HOSPITAL REGIONAL DOS PALMARES PRONTUARIO DE N° 28932, ATENDIMENTO N° 678896. A VITIMA TEVE FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA SENDO TRANFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS. SEM MAIS ENCERRO ESTE BOE.

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

JOSE CONSTANTINO DA SILVA
(OUTRO)

Emanuele da Silva Soares
EMANUELE 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

EMANOELE 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

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

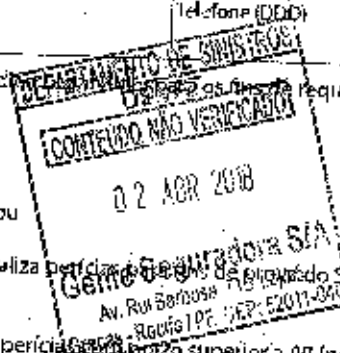
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia médica para o Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia médica, porém o prazo superior a 90 (noventa) dias

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.



PRIMARES-PE 15 de MARÇO de 2018

Local e Data

Emmanoelle 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

EMANOELE 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

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda 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 para fins de Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias para fins de Seguro DPVAT, porém o prazo superior a 90 (noventa) dias.

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 2018

Local e Data

Emanoelle da Silva Soares

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

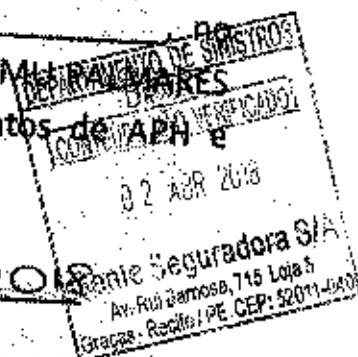
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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
211.900.094-91, órgão expedidor SDS-PE e CPF nº
Rua Quadra 14 casa 13 Quilombo II, residente à
nesta cidade de Palmares, foi vítima de
acidente na localidade Br 101, no
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
COORDENADORA DO SAMU
COREN Nº

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins, que
Emanoel da Silva Soares, brasileiro(a),
8.825.532 portador do RG nº
111.900.094-71 órgão expedidor SDS-PE e CPF nº
Rua quadra 14 casa 13 quilombo II residente à
nesta cidade de Palmares, foi vítima de
acidente na localidade Br 101
dia 11.12.2014, e foi socorrido pela viatura do SAMU
sob o protocolo 192, onde foi realizado os procedimentos de APR e
encaminhado ao Hospital de Referência.

Palmares-PE, 01 de fevereiro de 2018


Sandrine Ferraz
Enfermeira

ENFERMEIRO(A) DE PLANTA COHAB I - PALMARES
COORDENADORA DO SAMU

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PALMARES
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2018
Gerente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grécas - Recife / PE CEP: 52011-040

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: 000000064004-4

Nr. da Autenticação 27CD98C0EC94687B

União São Paulo Energia S/A - Rua do Rio das Pedras, 10 - Jd. São Paulo - 04706-002
 São Paulo - SP, 05314-000, Brasil
 Companhia Saneamento do Pantanal
 Av. João de Barros, 111, São Vicente, Roraima, Paranaíba - CEP 68200-002
 CNPJ 07.884.828/0001-48 | Ins. Est. 0002940-08 | www.uspenergia.br

DADOS DO QUEIXANTE
EVANEIDE ADELINO CASILVA

GOVERNHO DA UNIV. DE TORONTO
EG ESPERANCA 13 GC-16

CPF 074 259 334-05 NR3 1631040990

ENGINEER ESPERANZA C. ALVARO
PALMARES PE
55540-000

CLASIFICACIÓN
BI RESERVADO
PARA RENDIR CHINIS
MONTAÑAS

009419822 150272018
150272018 2017090072 5299333

COPIES TO: 7005152628 NB6PND 02/20/18
DATE OF REVIEW: 22/02/2018 15/03/2018

28,46

[illegible]

TOTAL: 04,54,713/-

FIDUCIA									
N° DO ANALISADA	TIPO DO PUNTO	ANTERIOR		ATUAL		N° DO DIAG	COMENTARIO	AJUSTE	COMENTARIO
19990000000000000000	Conc	DATA 14/09/2008	LEITURA 1907.00	DATA 15/09/2008	LEITURA 1906.50	00			
							1.0000		

PC 25

PERÍODO	VALOR DO CÁLCULO	%	VALOR DO ACÓRDO	VALOR DO ACÓRDO	%
PERÍODO 01					
PERÍODO 02					
PERÍODO 03					
PERÍODO 04					
PERÍODO 05					
PERÍODO 06					
PERÍODO 07					
PERÍODO 08					
PERÍODO 09					
PERÍODO 10					
PERÍODO 11					
PERÍODO 12					
PERÍODO 13					
PERÍODO 14					
PERÍODO 15					
PERÍODO 16					
PERÍODO 17					
PERÍODO 18					
PERÍODO 19					
PERÍODO 20					
PERÍODO 21					
PERÍODO 22					
PERÍODO 23					
PERÍODO 24					
PERÍODO 25					
PERÍODO 26					
PERÍODO 27					
PERÍODO 28					
PERÍODO 29					
PERÍODO 30					
PERÍODO 31					
PERÍODO 32					
PERÍODO 33					
PERÍODO 34					
PERÍODO 35					
PERÍODO 36					
PERÍODO 37					
PERÍODO 38					
PERÍODO 39					
PERÍODO 40					
PERÍODO 41					
PERÍODO 42					
PERÍODO 43					
PERÍODO 44					
PERÍODO 45					
PERÍODO 46					
PERÍODO 47					
PERÍODO 48					
PERÍODO 49					
PERÍODO 50					
PERÍODO 51					
PERÍODO 52					
PERÍODO 53					
PERÍODO 54					
PERÍODO 55					
PERÍODO 56					
PERÍODO 57					
PERÍODO 58					
PERÍODO 59					
PERÍODO 60					
PERÍODO 61					
PERÍODO 62					
PERÍODO 63					
PERÍODO 64					
PERÍODO 65					
PERÍODO 66					
PERÍODO 67					
PERÍODO 68					
PERÍODO 69					
PERÍODO 70					
PERÍODO 71					
PERÍODO 72					
PERÍODO 73					
PERÍODO 74					
PERÍODO 75					
PERÍODO 76					
PERÍODO 77					
PERÍODO 78					
PERÍODO 79					
PERÍODO 80					
PERÍODO 81					
PERÍODO 82					
PERÍODO 83					
PERÍODO 84					
PERÍODO 85					
PERÍODO 86					
PERÍODO 87					
PERÍODO 88					
PERÍODO 89					
PERÍODO 90					
PERÍODO 91					
PERÍODO 92					
PERÍODO 93					
PERÍODO 94					
PERÍODO 95					
PERÍODO 96					
PERÍODO 97					
PERÍODO 98					
PERÍODO 99					
PERÍODO 100					

[Faint, mostly illegible text from a document page]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DAVAT
CONTENIDO NA PASTA 101

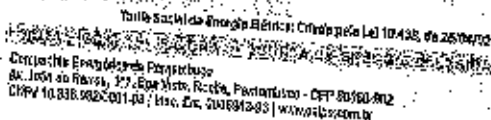
EX-107

Cento Seguro SIA

1. Ungleichverteilung der Bevölkerung
 2. Wachstum der Bevölkerung
 3. Wachstum der Wirtschaft
 4. Wachstum der Technologie
 5. Wachstum der Umwelt
 6. Wachstum der Kultur
 7. Wachstum der Politik
 8. Wachstum der Religion
 9. Wachstum der Wissenschaft
 10. Wachstum der Kunst
 11. Wachstum der Literatur
 12. Wachstum der Musik
 13. Wachstum der Architektur
 14. Wachstum der Malerei
 15. Wachstum der Skulptur
 16. Wachstum der Fotografie
 17. Wachstum der Filmkunst
 18. Wachstum der Theaterkunst
 19. Wachstum der Opernkunst
 20. Wachstum der Tanzkunst
 21. Wachstum der Sportkunst
 22. Wachstum der Musikinstrumente
 23. Wachstum der Musikinstrumente
 24. Wachstum der Musikinstrumente
 25. Wachstum der Musikinstrumente
 26. Wachstum der Musikinstrumente
 27. Wachstum der Musikinstrumente
 28. Wachstum der Musikinstrumente
 29. Wachstum der Musikinstrumente
 30. Wachstum der Musikinstrumente
 31. Wachstum der Musikinstrumente
 32. Wachstum der Musikinstrumente
 33. Wachstum der Musikinstrumente
 34. Wachstum der Musikinstrumente
 35. Wachstum der Musikinstrumente
 36. Wachstum der Musikinstrumente
 37. Wachstum der Musikinstrumente
 38. Wachstum der Musikinstrumente
 39. Wachstum der Musikinstrumente
 40. Wachstum der Musikinstrumente
 41. Wachstum der Musikinstrumente
 42. Wachstum der Musikinstrumente
 43. Wachstum der Musikinstrumente
 44. Wachstum der Musikinstrumente
 45. Wachstum der Musikinstrumente
 46. Wachstum der Musikinstrumente
 47. Wachstum der Musikinstrumente
 48. Wachstum der Musikinstrumente
 49. Wachstum der Musikinstrumente
 50. Wachstum der Musikinstrumente
 51. Wachstum der Musikinstrumente
 52. Wachstum der Musikinstrumente
 53. Wachstum der Musikinstrumente
 54. Wachstum der Musikinstrumente
 55. Wachstum der Musikinstrumente
 56. Wachstum der Musikinstrumente
 57. Wachstum der Musikinstrumente
 58. Wachstum der Musikinstrumente
 59. Wachstum der Musikinstrumente
 60. Wachstum der Musikinstrumente
 61. Wachstum der Musikinstrumente
 62. Wachstum der Musikinstrumente
 63. Wachstum der Musikinstrumente
 64. Wachstum der Musikinstrumente
 65. Wachstum der Musikinstrumente
 66. Wachstum der Musikinstrumente
 67. Wachstum der Musikinstrumente
 68. Wachstum der Musikinstrumente
 69. Wachstum der Musikinstrumente
 70. Wachstum der Musikinstrumente
 71. Wachstum der Musikinstrumente
 72. Wachstum der Musikinstrumente
 73. Wachstum der Musikinstrumente
 74. Wachstum der Musikinstrumente
 75. Wachstum der Musikinstrumente
 76. Wachstum der Musikinstrumente
 77. Wachstum der Musikinstrumente
 78. Wachstum der Musikinstrumente
 79. Wachstum der Musikinstrumente
 80. Wachstum der Musikinstrumente
 81. Wachstum der Musikinstrumente
 82. Wachstum der Musikinstrumente
 83. Wachstum der Musikinstrumente
 84. Wachstum der Musikinstrumente
 85. Wachstum der Musikinstrumente
 86. Wachstum der Musikinstrumente
 87. Wachstum der Musikinstrumente
 88. Wachstum der Musikinstrumente
 89. Wachstum der Musikinstrumente
 90. Wachstum der Musikinstrumente
 91. Wachstum der Musikinstrumente
 92. Wachstum der Musikinstrumente
 93. Wachstum der Musikinstrumente
 94. Wachstum der Musikinstrumente
 95. Wachstum der Musikinstrumente
 96. Wachstum der Musikinstrumente
 97. Wachstum der Musikinstrumente
 98. Wachstum der Musikinstrumente
 99. Wachstum der Musikinstrumente
 100. Wachstum der Musikinstrumente

ITEM	COSTS				TOTAL COST
	UNIT COST	QUANTITY	TOTAL COST	UNIT COST	
100	0.00	1.00	0.00	0.00	
101	0.00	1.00	0.00	0.00	
102	0.00	1.00	0.00	0.00	
103	0.00	1.00	0.00	0.00	
104	0.00	1.00	0.00	0.00	
105	0.00	1.00	0.00	0.00	
106	0.00	1.00	0.00	0.00	
107	0.00	1.00	0.00	0.00	
108	0.00	1.00	0.00	0.00	
109	0.00	1.00	0.00	0.00	
110	0.00	1.00	0.00	0.00	
111	0.00	1.00	0.00	0.00	
112	0.00	1.00	0.00	0.00	
113	0.00	1.00	0.00	0.00	
114	0.00	1.00	0.00	0.00	
115	0.00	1.00	0.00	0.00	
116	0.00	1.00	0.00	0.00	
117	0.00	1.00	0.00	0.00	
118	0.00	1.00	0.00	0.00	
119	0.00	1.00	0.00	0.00	
120	0.00	1.00	0.00	0.00	
121	0.00	1.00	0.00	0.00	
122	0.00	1.00	0.00	0.00	
123	0.00	1.00	0.00	0.00	
124	0.00	1.00	0.00	0.00	
125	0.00	1.00	0.00	0.00	
126	0.00	1.00	0.00	0.00	
127	0.00	1.00	0.00	0.00	
128	0.00	1.00	0.00	0.00	
129	0.00	1.00	0.00	0.00	
130	0.00	1.00	0.00	0.00	
131	0.00	1.00	0.00	0.00	
132	0.00	1.00	0.00	0.00	
133	0.00	1.00	0.00	0.00	
134	0.00	1.00	0.00	0.00	
135	0.00	1.00	0.00	0.00	
136	0.00	1.00	0.00	0.00	
137	0.00	1.00	0.00	0.00	
138	0.00	1.00	0.00	0.00	
139	0.00	1.00	0.00	0.00	
140	0.00	1.00	0.00	0.00	
141	0.00	1.00	0.00	0.00	
142	0.00	1.00	0.00	0.00	
143	0.00	1.00	0.00	0.00	
144	0.00	1.00	0.00	0.00	
145	0.00	1.00	0.00	0.00	
146	0.00	1.00	0.00	0.00	
147	0.00	1.00	0.00	0.00	
148	0.00	1.00	0.00	0.00	
149	0.00	1.00	0.00	0.00	
150	0.00	1.00	0.00	0.00	
151	0.00	1.00	0.00	0.00	
152	0.00	1.00	0.00	0.00	
153	0.00	1.00	0.00	0.00	
154	0.00	1.00	0.00	0.00	
155	0.00	1.00	0.00	0.00	
156	0.00	1.00	0.00	0.00	
157	0.00	1.00	0.00	0.00	
158	0.00	1.00	0.00	0.00	
159	0.00	1.00	0.00	0.00	
160	0.00	1.00	0.00	0.00	
161	0.00	1.00	0.00	0.00	
162	0.00	1.00	0.00	0.00	
163	0.00	1.00	0.00	0.00	
164	0.00	1.00	0.00	0.00	
165	0.00	1.00	0.00	0.00	
166	0.00	1.00	0.00	0.00	
167	0.00	1.00	0.00	0.00	
168	0.00	1.00	0.00	0.00	
169	0.00	1.00	0.00	0.00	
170	0.00	1.00	0.00	0.00	
171	0.00	1.00	0.00	0.00	

CONTRATO 2005-00000000-5
 NOME 02/07/11
 DATA DE EMISSÃO 22/02/2018
 TOTAL A PAGAR (R\$) 28,48
 28480011007-2 00515262810-0 11246007423-7



பேரவையுள்ள சிவசுந்தரிநாயகம்

CP# 534 402.124-09

CENTROPALMARES
PALMARES ME
55540-003

RESIDENCE
RESIDENCE
RESIDENCE

CONFIDENTIAL - UNCLAS

157032018 157032018

~~CONFIDENTIAL~~

TOTAL PACKAGING 183.72

Consulência Jurídica
Christiane Lima de Faria
Rua por Afonso 14-00026114-000114
Rua por Afonso 14-00026114-000114
Rua por Afonso 14-00026114-000114

217 6609900
 0 88358195
 123.14
 1.82
 0.50
 0.38

TOTAL DA FATURA

163.72

NO.	TRAIL	DATE	TIME	LOCATION	TYPE	STATUS	REMARKS
1	1000	10/10/68	10:00	1000	1000	1000	1000

[illegible]

18 SEP 1960

ATENÇÃO: A CEE PRE-INFORMA QUE VOCE POSSUI CONTAS EM ABERTO

[illegible]

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	DATE	DESCRIPTION	AMOUNT
1957	12/31	1.00	1958	1/1	1.00
1958	1/1	1.00	1959	1/1	1.00
1959	1/1	1.00	1960	1/1	1.00
1960	1/1	1.00	1961	1/1	1.00
1961	1/1	1.00	1962	1/1	1.00
1962	1/1	1.00	1963	1/1	1.00
1963	1/1	1.00	1964	1/1	1.00
1964	1/1	1.00	1965	1/1	1.00
1965	1/1	1.00	1966	1/1	1.00
1966	1/1	1.00	1967	1/1	1.00
1967	1/1	1.00	1968	1/1	1.00
1968	1/1	1.00	1969	1/1	1.00
1969	1/1	1.00	1970	1/1	1.00
1970	1/1	1.00	1971	1/1	1.00
1971	1/1	1.00	1972	1/1	1.00
1972	1/1	1.00	1973	1/1	1.00
1973	1/1	1.00	1974	1/1	1.00
1974	1/1	1.00	1975	1/1	1.00
1975	1/1	1.00	1976	1/1	1.00
1976	1/1	1.00	1977	1/1	1.00
1977	1/1	1.00	1978	1/1	1.00
1978	1/1	1.00	1979	1/1	1.00
1979	1/1	1.00	1980	1/1	1.00
1980	1/1	1.00	1981	1/1	1.00
1981	1/1	1.00	1982	1/1	1.00
1982	1/1	1.00	1983	1/1	1.00
1983	1/1	1.00	1984	1/1	1.00
1984	1/1	1.00	1985	1/1	1.00
1985	1/1	1.00	1986	1/1	1.00
1986	1/1	1.00	1987	1/1	1.00
1987	1/1	1.00	1988	1/1	1.00
1988	1/1	1.00	1989	1/1	1.00
1989	1/1	1.00	1990	1/1	1.00
1990	1/1	1.00	1991	1/1	1.00
1991	1/1	1.00	1992	1/1	1.00
1992	1/1	1.00	1993	1/1	1.00
1993	1/1	1.00	1994	1/1	1.00
1994	1/1	1.00	1995	1/1	1.00
1995	1/1	1.00	1996	1/1	1.00
1996	1/1	1.00	1997	1/1	1.00
1997	1/1	1.00	1998	1/1	1.00
1998	1/1	1.00	1999	1/1	1.00
1999	1/1	1.00	2000	1/1	1.00
2000	1/1	1.00	2001	1/1	1.00
2001	1/1	1.00	2002	1/1	1.00
2002	1/1	1.00	2003	1/1	1.00
2003	1/1	1.00	2004	1/1	1.00
2004	1/1	1.00	2005	1/1	1.00
2005	1/1	1.00	2006	1/1	1.00
2006	1/1	1.00	2007	1/1	1.00
2007	1/1	1.00	2008	1/1	1.00
2008	1/1	1.00	2009	1/1	1.00
2009	1/1	1.00	2010	1/1	1.00
2010	1/1	1.00	2011	1/1	1.00
2011	1/1	1.00	2012	1/1	1.00
2012	1/1	1.00	2013	1/1	1.00
2013	1/1	1.00	2014	1/1	1.00
2014	1/1	1.00	2015	1/1	1.00
2015	1/1	1.00	2016	1/1	1.00
2016	1/1	1.00	2017	1/1	1.00
2017	1/1	1.00	2018	1/1	1.00
2018	1/1	1.00	2019	1/1	1.00

707380069 03/2018 13/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 163.72
DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
13220546503.0



Nota Fiscal de Energia Elétrica
Título Social de Energia Elétrica Cofado pela Lei 10.438, de 24/04/03
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 715, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-002
CNPJ 13.826.832/0001-08 | Insc. Est. 5009943-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
LUIZSON AUGUSTINO DA SILVA

ENDEREÇO: RUA ASSIS BRASIL, 100 - BOA VISTA, RECIFE - PE

CPF: 532.402.194-08

CENTRO PALMARES
PALMARES PE
55540-000

CLASSIFICAÇÃO
DE RESIDENCIAL
Monofásico

PERÍODO DE FATURAMENTO	03/2018
DATA DE EMISSÃO	13/03/2018
PERÍODO DE VENCIMENTO	03/2018
VALOR A PAGAR (R\$)	163,72

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR
Consumo Ativo (kWh)	217,00	0,85	184,45
Contribuição Iluminação Pública			13,14
Multa por atraso - NF 000289114 - 05/01/18			1,82
Juros por atraso - NF 000289114 - 05/01/18			0,85
Atualização IGP - NF 000289114 - 05/01/18			0,36
TOTAL DA FATURA			163,72

Nº DO	TIPO DA	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO
1000000	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000

MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217		MAR18 217			
-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	--	--

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 53059-902
CNPJ 10.835.832/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0065043-83

CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

LIGERSON AGUSTINHO DA SILVA
CPF: 532.492.184-66

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CEL AUSTRIALINO 797 A
CENTRO PALMARES
55540-900 PALMARES PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
13/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
111,20

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
05/05/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
05/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
050538028

CONTA CONTRATO
007013980068

Nº DO CLIENTE
2690102790

Nº DA INSTALAÇÃO
0052191017

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7E97.8DAF.35F3.EZEA.DC86.DF7C.4B5B.FEF5

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KW/h)	124,00	8,77167454	95,71
Acréscimo Bandeira AMARELA			9,33
Contrib. Bm. Pública Municipal			4,84
Multa por atraso-NF 053031338 - 08/03/19			4,28
Juros por atraso-NF 053031338 - 08/03/19			2,43
Atualização IGP-M-NF 053031338 - 08/03/19			3,61

TOTAL DA FATURA

111,20

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
96,94	25,90	24,91	96,94	1,16	1,11
					5,27
					5,15

EN ATÉ 13 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	De Rer	Valor
11/04/19	26/05/19	106,00

Este consumidor NÃO substitui o valor de débitos anteriores e NÃO contém débitos em discussão judicial. Caso o consumidor não efetue o pagamento por meio online ou em ponto de venda, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo ser exigido o ressarcimento conforme as condições definidas no Art. 39 RER 414/2010. Podem ocorrer opções de cobrança, bem como inclusão nos registros de inadimplência SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo (KW/h) 8,53684338

HISTÓRICO DO CONSUMO

DATA	CONSUMO (KW/h)
MAI 19	124
ABR 19	211
MAR 19	255
FEV 19	181
JAN 19	240
DEZ 18	225
NOV 18	193
OUT 18	190
SET 18	168
AUG 18	132
JUL 18	188
JUN 18	221
MAY 18	242

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	VALOR	%
Geração de Energia	28,41	25,62
Transmissão	4,35	4,03
Distribuição (Cabo)	29,36	26,25
Equipos Estação	5,34	5,46
Tributos	28,27	26,22
Perdas de Energia	6,41	6,27
TOTAL	96,94	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NOME DO RECORRER	Tipo de Funcion	Anterior	Atual	Consumo	Valor
W00079	CAT	94/04/2019 56.543,00	05/05/2019 56.767,99	32	1,39080
					0,98
					124,00

08 JUL 2019

Geate Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	RENTA MENSAL	RENTA TRIM.	RENTA ANUAL
DIC-Rede de tensão sem Energia	PALMARES	2,50	5,81	11,82	22,64
PC-Rede de tensão sem Energia		1,50	3,48	6,97	13,93
OMC-Operação manual de Interrupção controlada		2,50	3,48	6,98	13,93
DIC-Rede de tensão sem Energia					
RENTA-Valor do Encargamento de Uso - R\$ 34,65					
Total Consumidor para cobrança a prestação dos serviços de DSC, PC, OMC e DSC e interrupção controlada.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: cartões robôto barreto de malta r control austridínio 873 centro / sociedade empresarial line a: av frei caneco
Na data de futura e bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
A partir de 28/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Bateria Tensão e 3,78% para Alta Tensão-REH 2.535/19.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pro. mês.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrada a multa de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO

007013980068

MÊS/ANO

05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

111,20

VENCIMENTO

13/05/2019

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 221706 (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 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 EMANOELE DA SILVA SOARES inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.900.094/71, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EMANOELE 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: 3/R e apresento os documentos comprobatórios: CNH & COM. DE RESIDÊNCIA

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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 pena prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA CEL AUSTRI CLÍNIO</u>		Número: <u>797</u>	Complemento:
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>PALMARES</u>	Estado: <u>PE</u>	C.P.: <u>55546-000</u>
Email: <u>GIVALDOBOMBEIRO@YAHOO.COM</u>	Telefone celular (DDD): <u>(11) 9 9272-9253</u>		

PALMARES-PE, 15 de MARÇO de 2018

Local e Data

Erick Moura dos Santos
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 SUSEP 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 COAF**².

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 EMANOELE DA SILVA SOARES inscrito
(a) no CPF sob o Nº 111.900.094 / 71, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
EMANOELE 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 Líder DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado, sob pena de multa prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA CEL AUSTRIOLINIO</u>		Número <u>797</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>PALMARES</u>	Estado <u>PERNAMBUCO</u>	CEP <u>55540-000</u>
Email <u>GIVALDOBOMBEIRO@YAHOO.COM</u>		Telefone celular (DDD) <u>(11) 9 9272-9753</u>	

PALMARES-PE, 15 de MARÇO de 2018

Local e Data

Erick Moura dos Santos
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE CONSTANTINO DA SILVARG nº 2476183 SSP/PE data de expedição 1/1/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 DA COSTA MARIA - 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 eraEMANUELE DA SILVA SOARESVeículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA / Biz 125 ESAno: 2010Placa: PEX 9516Chassi: 9C2JC4220 AR20 7765Data do Acidente: 11-12-2017Local e Data: PALMARES-PE 15 DE MARÇO DE 2018Jose Constantino da Silva
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-PE
Título: LAELANO DE FRANCA SILVA
Endereço: (81) 36610-881RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconhecimento por AUTENTICIDADE
(Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de: JOSE
CONSTANTINO DA SILVA - Palmars-PE, em
- Jáfia, Falciano da Silva - Tabelião Substituto Emol:
R\$ 3,59 TSNR R\$ 6,80 FERC R\$ 0,40 Total R\$ 4,79Selo: 0077560.XYR04201805.00440 07/05/2018 15:21:42
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

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, JOSE 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 DE COSTA MATA, 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: MOTOCICLETA Modelo: HONDA BIZ 125 ES Ano: 2010
Placa: PEX 9516 Chassi: 9CZJC4220AR207765
Data do Acidente: 11/12/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 JUL 2019

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



Local e Data: PALMARES-PE 18 JUNHO 2019.

Jose 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 SABUERO DADALTO
Telefone: (81) 3641-0881

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 - Tabela Substituta Emol. R\$
3,59 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,04 Total R\$ 4,43

Selo: 0077560.0EM06201901.00214 18/06/2019 14:43:25



Peritambuco

Data do Atendimento: 11/12/2017 **Hora:** 00:18:09 **PRONTUÁRIO:** 28933
Id. Atendimento: 678896 **Urgência / Emergência** **Colaborador:** ADRIANA PIRES
Prioridade: VERMELHA - EMERGENCIA **CNS:** 898000534044907

Nome: EMANOELE DA SILVA SOARES **Sexo:** Feminino
Data de Nascimento: 08/09/1992 **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 MORA, 358 - SAO SEBASTIAO - 55540000 **Hora do Atendimento:** 1 Hs
Cidade: PALMARES **Tel.:** 8191572104

Queixa Principal:
 Paciente trazida pelo SARU vindo de casa com
 dor abdominal em região hipogástrica, com este dor
 bastante exacerbada, com vômito de aspecto bilioso
 e febre. Queixa de náusea e exatidão de apetite.

Exame Físico:
 A: Geral: via aérea está pervia? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: _____
 B: Respiratório: *Normal + SINAIS*
 C: Circulatório: _____

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: ☐ MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: ☒ Isocônicas ☐ Anisocônicas ☐
 Glasgow: Abertura Ocular _____ Glasgow: Resposta Verbal _____ Glasgow: Resposta Motora _____

Exatidão: 15 **Hora:** _____ **Exatidão:** _____ **Hora:** _____ **Exatidão:** _____ **Hora:** _____

E: Abdome: *flácido, indolor*
Diagnóstico Inicial: *Pneumonia + fratura exposta MIC*

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:
*Rx + med. Analgésica
 Rx curativo, curativo
 de fratura exposta MIC*

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:
 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM POSSIVEL FRATURA EM MMIL COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO, TCE

Alergia: _____

Observação: _____

Evolução da Enfermagem _____

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

Condição do Paciente () Transferência para outra unidade () Óbito () Outros

Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 CENAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 02 ABR 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 210 - Lapa
 Grupos - Recife - PE CEP: 51010-000

INSTITUTO MEDICINA DE LAZARUS
 INSTITUTO MEDICINA DE LAZARUS
 APÓS OBTENÇÃO DO ORIGINAL
 CONFERE COM O ORIGINAL
 10/12/2017

Data do Atendimento: 11/12/2017 Hora: 00:19:30 PRONTUÁRIO: 28933
No. Atendimento: 678897 Urgência / Emergência Colaborador: ADRIANA PBS
Prioridade: SEM CLASSIFICAÇÃO ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS: 898000634044967

Nome: EMANOELE DA SILVA SOARES Sexo: Feminino
Data de Nascimento: 08/09/1992 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 MORA, 358 - SAO SEBASTIAO - 55340000
Cidade: PALMARES Tel.: 3191572104 Hora do Atendimento: _____ HS

Queixa Principal:

Paciente traz de pelo 200V. acidente, com
história de acidente de trânsito com
queda em concreto
prementes em punho (C) e deformidade

Exame Físico:

A: Geral via aérea esta pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: _____
B: Respiratório:
C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

Glasgow: Abertura Ocular: NÃO ☐ MSE ☐ MID ☐ ME ☐ Pupilas: Isocônicas ☐ Anisocônicas ☐
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 a Classificação de Risco:

Alergia:

Observação:

Evolução de Enfermagem

Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta a Pedido
Transferência para outra unidade () Óbito () Outro
Condição do Paciente () Melhorado () Instável () Piorado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura



36311021
0011/31/11/2017
MAYANA P. SILVA



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

SHRP



FICHA PARA REQUISIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

Nome do Paciente: Emanuelle Silva Sexo: F Idade: 10
Setor: Leito: Data de Nascimento:

1) INDICAÇÃO DO ANTIBIÓTICO:

Profilático ☐
Terapêutico ☒

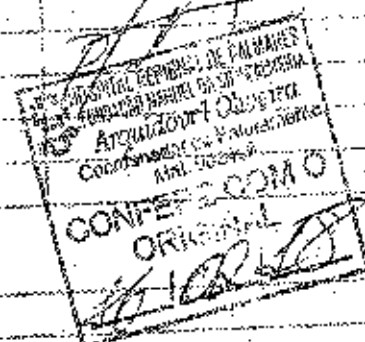
2) SE TERAPÊUTICO, QUAL SÍTIO DE INFECÇÃO?

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

3) SE TERAPÊUTICO, ONDE FOI ADQUIRIDA A INFECÇÃO?

Comunitária ☒
Hospitalar ☐

Antibiótico Solicitado	Via de Administração	Posologia	Tempo de Tratamento
<u>Amoxicilina</u>	<u>EV</u>	<u>2g</u>	<u>7 dias</u>



Justificativa:

Partida exposta para

Parecer CCIN:

10/12/17

Dra. Maria Helena Cavalcante
CRM-PE 17.340
TEOT 13439

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



AS *C. S. S.*
one preta
Traine

F. DEANER, C. C. O. DEER, JR.

Atendimento: 713984

Prontuário: 1047753

Nome: EMANOELE DA SILVA SOARES

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

CPF: _____ RG: _____

Endereço: RUA KL 2 QUADRA 14

Bairro: CENTRO

CEP: 55540000

Acompañante:

Nome da Mãe: EVANEIDE AVELINO DA SILVA

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

CNS:706404199664084

Religiao:

Nº: 13

Estado: PE

Cellular:

Profissão:

ado: PE

2. ATENDIMENTO: Data: 17/02/2016 Hora: 14:00 Local: UNICO REDIO PLATONISTA

Queixa Principal / HDA: *Pontu interm de arrot automobilístico (moto) - (Anagor) local
ocorreu em 4h; Noq tce de pinto de condicão. No brach noq atua qrua.*

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

A - NON

NON

Ex. 100

B. $4+5+6$; consistent & entire

$D = 556,4 + 5,6$; $E = 5 \times 204,70$ em três etapas, sendo a primeira etapa a fazer testes de laboratório

Re. Arden ~~RE~~ Arden Arden

Diag. Provisório:

WS 1) Palation

2) fe libro E 6.4. 38.

CDL Cargos de urgencia
Interiores

So answers to 26-

DR. AITOR CASE NETO
Onopédia e Transmissão
CRM nº 23979

Prescrição:

Diet:

Horário

Data

REVISADO
18/01/18
[Signature]

PRÓTESE



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



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Emanuelle Silva Soares Sexo: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: 25 anos C.I.: _____
País ou Responsáveis: _____
Endereço: _____
Cidade: Palmares Tel.: _____ Hora do Atendimento: _____ H.

DESTINO DO PACIENTE: MOF - TRPUMATO SENHA: 531.6030

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE: Paciente trazida pelo SPANU alcoolizada com
história de acidente de motor. Sem histórico de
trauma ou doença

EXAME FÍSICO: primário + deformidade em perna (E)

DROGAS ADMINISTRADAS: Cefotima 2g + AD @
VDT 0.5ml im
Pregni @ OBX: apenas 01
traumato no
placenta

EXAMES COMPLEMENTARES: R

HD: fratura exposta perna (E)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: paciente com EGR, consciente, orientado, afébril,
memória, normotensa, normocorada. Respira em ar ambiente
dieta oral, Tórax simétrico, abdômen indolor a palpação,
plácido, eliminação livre, na marca com fratura em
ME, segue os cuidados da enfermagem.

José Gonçalves de Lima Júnior
Enfermeiro
COTI 671 300 532

DATA: 10/02/17

Dr. Silveira Helena Gonçalves
CRM-PE 17.340
TEO 13.430

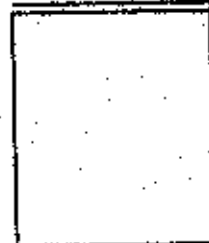
Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

11/12/2017 03:37



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

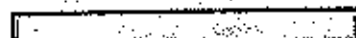


11/12/2017 03:37 - UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

AMARELO URGENTE

Cor:



AMARELO

Queixa Principal:

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

Observação:

NEGA DESMAIO/ VÔMITOS, 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. sul.

NOME: Emanuelle de Siqueira Soares
IDADE: 25 RG: 8.825.532 ESTADO CIVIL: Solteira
RESPONSÁVEL: Levanete Avelino de Siqueira (mãe)
ENDEREÇO: Quilombo 3 Qds 14 nº 13
PONTO DE REFERÊNCIA: Próximo ao Fórum. Palmares
TELEFONE: (91) 948522 / Emanuelle
INFORMES: - Admitida dia 11/12/17, veio do Hospital Regional de Palmares após sofrer acidente de trânsito (desaparecimento). obs: tratado pelo SAMU.

- Sotinha, reside com 5 genitores. Alim, no momento está desempregado.

- O filho está hospitalar e liberado

Edna Franco 11/12/17
Edna Franco
Assistente Social
CRESS 8789 - RJ

ASSISTENTE SOCIAL/ DATA

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
25/12/17	21h	<p>Supernúñez paciente evolui G.R. consistente orientada, hidratada e euvêmica o comportamento, hostil agressiva com gestos e pala- vras, amedrontando a equipe e Supernúñez. Orientei a equipe para qualquer desobediência impor a supervisão de plantão. Con- versar e esclarecer alguns pontos para paciente em re- lação ao seu comportamento e postura.</p>
02/01/18	16h	<p>Conferência Foi informado ao residente de ortopedia sobre a renovação da Prescrição da Paciente. O mesmo enfermeiro que já havia renovado e entregue a técnica de enfermagem que não sabia dizer o nome. Coloquei junto a as demais técnicas a Prescrição no setor não foi encontrada. Solicitei o mesmo que renova-se novamente a Prescrição. enfermeiro que irá renovar quando a Paciente for para o BC. às 13h. cirurgia de Supérst. Informei nov- mente a respeito, e o mesmo compla- ceu ao setor mais não quis renovar. Paciente medicada conforme prescrição antiga.</p>
12/01/18		<p>Conferência Paciente evolui com intercorrências C.V.P. U.S.C. febre de 38,5°C e tit ex. MIF de 12.000 e 12.000 - sempre em 08h.</p>



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: EMANOELE DA SILVA SOARES Prontuário: 1047755

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

Anestesista: DRA FABLANA 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

Dr. Edson Souza Jr.
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Mão
CRM 17.475 - RQE 12.721



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: 49
ID paciente: 1097755

24/3

Rack: 6
TP3

Posição: 5

09/01/2018 10:38:32 WB

Nome: EMANUELE SOARES

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 [%]

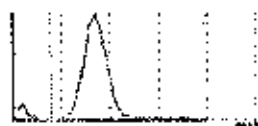
CONTAGEM DE PLAQUETAS

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

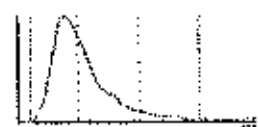
SERIE BRANCA

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 [%]
BASO	0.05	[10 ³ /uL]	0.8 [%]

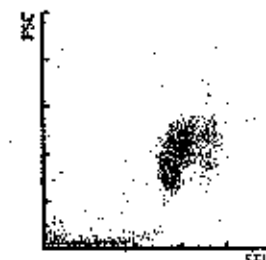
RBC



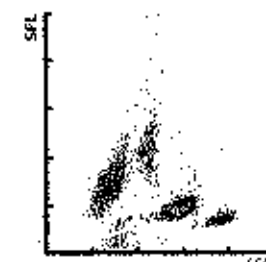
PLT



WNR



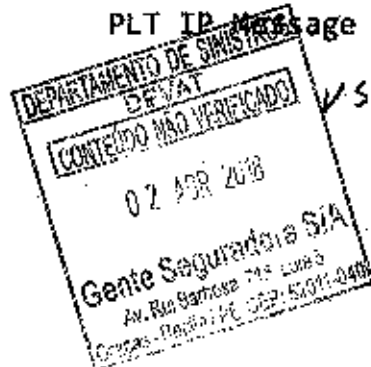
WDF



WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message



VSH = 20mm

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

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.
PCR 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
CRF3: 1545

09/01/2018 10:00:01

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

Rack: 3

Posição: 8

12/01/2018 10:17:34 W8

ID paciente: 1047755

TRAUMA 3

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 [%]

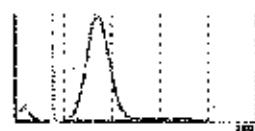
CONTAGEM DE PLAQUETAS

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

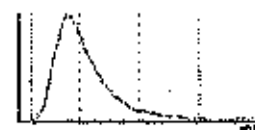
SERIE BRANCA

WBC	6.55	[10 ³ /uL]	4.5 - 10.0
IG	0.02	[10 ³ /uL]	0.3 [%]
VEUT	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 + [%]

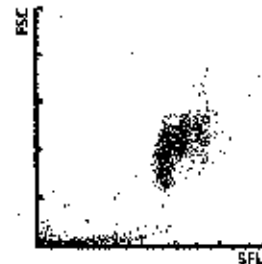
RBC



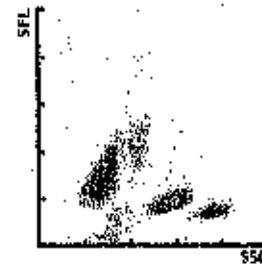
PLT



WNR



WDF



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%

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DECAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 4º andar
Gracás - Recife/PE CEP: 52011-040

WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

10/1/18

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

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

Equipamento: CMD 800i

Paciente: EMANUELE DA SILVA

ID amost: 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.	SO
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



10. esta amostra

50

10. esta amostra

50

12.01.2018

14:18

Pag. n. 1

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBU
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

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 [10³/uL] 0.0 [%]

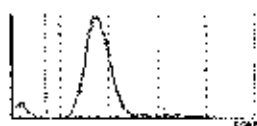
CONTAGEM DE PLAQUETAS

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

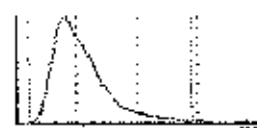
SERIE BRANCA

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 [%]

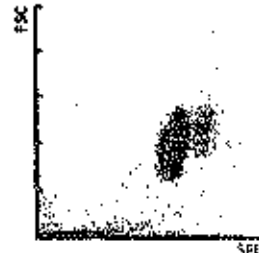
RBC



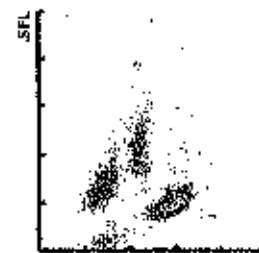
PLT



WNR



WDF

WBC IP Message
Monocytosis

RBC IP Message

PLT IP Message



Francisco Ivo de Oliveira
 1980-01-01
 Laboratório = 4411 221 430-2
 CRF nº 523

11.12.2017

17:11

Pag. n. 1

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBU
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 Ivo de Oliveira
Médico - Pat. Clínic. - CRM
Laboratório - Rua 22, And. 2
CRF/3 Nº 523

Note: * = outside normal range

Signature _____

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: 36

Rack: 4

Posição: 5

02/01/2018 10:30:35 WB

TRAUMA 3 24/3

D paciente 1047755

Nome: EMANUELE DA SILVA SOARES

SERIE VERMELHA

RBC	3.09	[10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.6
HGB	9.0	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	27.6	[%]	34 - 48
HCV	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 [10³/uL] 0.0 [%]

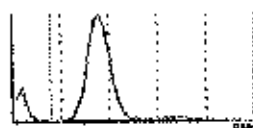
CONTAGEM DE PLAQUETAS

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

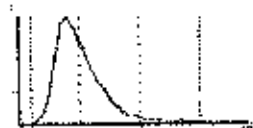
SERIE BRANCA

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 [%]

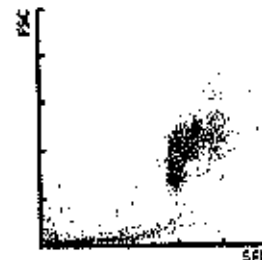
RBC



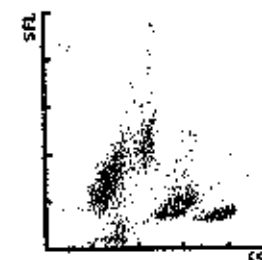
PLT



WNR



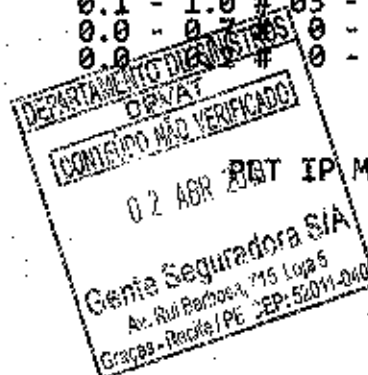
WDF



NBC IP Message

RBC IP Message
Anemia

PLT IP Message



SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBU
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	S	9.920 - 14.9	02.01.2018 - 11:11
	0.985	INR		
	103	%	70.0 - 120	

[Handwritten Signature]
02/01/2018

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 8001

Paciente: EMANUELE DA SILVA
Nº paciente: 1047755
Data nascimento:
Idade:
Sexo: Fem
Médico:
Diagnóstico:

ID amostra: DIU036
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
Ca	138	mmol/L		134 - 149
K	5.1	mmol/L		3.6 - 5.5
CL	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:

Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra



Handwritten signature and stamp
CÓDIGO 101-005105-0

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



Ficha de Notificação da Suspensão de Cirurgia

24-03

Nome do Paciente: Emanuelle da Silva Soares
Número: 1047755 Hora da Cirurgia: _____
Tipo de Cirurgia: Fratura de Fêmur
Localização: _____ Clínica: _____
Médico: _____

Por () COOPANEST ()

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

Lesão ligamentar do joelho e fratura
do fêmur de origem traumática

Data: 02/01/2018

Hora da Suspensão: _____

Assinatura do responsável pela suspensão

Dr. Nelson Augusto da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 24809

Nelson Augusto da Silva
Assinatura
CRM-PE 24809

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: Emanuel S. Soares RG: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

NOME DO MÉDICO: Cláudio Moura CRM: 29598

PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Fratura Ombro Direito

Declaro ter sido esclarecido pelo médico acima mencionado sobre a proposta de tratamento e procedimento a que serei 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. Confirmando que recebi explicações de meu médico, compreendi 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 Emanuel S. Soares
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 proposto, 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 responsável e acredito ter sido compreendido.

Recife, 05 de 01 de 18 Cláudio Moura
Assinatura do paciente ou Responsável
Dr. Cláudio Moura
Licenciado e Registrado
CRM-PB 29598

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



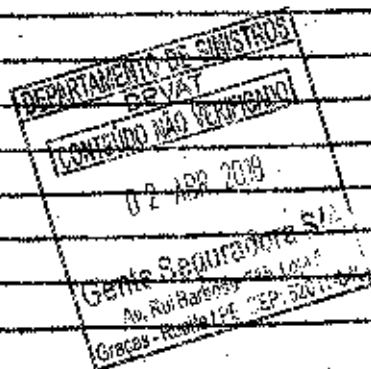
Ficha de Notificação de Suspensão de Cirurgia

Nome do Paciente: Emanuelle da Silva Soares
Número do: 1047755 Hora da Cirurgia: 12:00
Tipo de Cirurgia: Fratura da tíbia
Cirurgião: João Luiz Clínica: Traumatologia
Anestesiologista: _____

Vistor () COOPANEST ()

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

Falta de exames clínicos (condições de
ele no sítio cirúrgico)



Data: 05/01/10

Dr. Tício Porto
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião Geral

Hora da Suspensão: 1020

Assinatura do responsável pela suspensão

Juanete Lopes
COREN-PE: 271476/ENF

Assinatura da Enfermeira do Bloco Cirúrgico



SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

NOTA DE SALA DE CIRURGIA/CENTRO CIRÚRGICO 2º ANDAR



DATA: 12/12/2017

Paciente: GILMÁRIO DA SILVA SOARES

Urgência: (X) Eletiva: ()

Nr Sala Cirúrgica: (03

Reg: 1043355

714070

Idade: 25 anos

Cirurgião: Dr. Gilson

Anestesiologista: Dr. Adalberto

Cirurgião Assistente: Dr. João da Silva

Enfermeiro(a): Jéssica Zema

Anestesiologista: Dr. Adalberto

Especialidade: Uro (), Uro RMI (), Geral (), Geral PVI (), Trauma (X), CPRE (), Torácica (), Torácica PVI ()

Anestesiologista: Kaque

CIRURGIA: TC - Histerectomia total

Anestesiologista: Kaque

QTD:

ADRENALINA AMPOLA		AGULHA 13X4,5 UNID	01	ALGODÃO SEM AGULHA Nº	01
ÁGUA BISTILADA 10ml AMPOLA	04	AGULHA 25X07 UNID		ALGODÃO COM AGULHA Nº	
ÁGUA BISTILADA 500ml FA	01	AGULHA 40X12 UNID		CAT. GUT CROMADO Nº	
AMINOFILINA AMPOLA		AGULHA P/ PERIDURAL Nº		CAT. GUT SIMPLES Nº	
AMICACINA AMPOLA		AGULHA P/ RACI Nº		SEMPRE-ESTERIL 2-0	
ATACÚRIO (TRACIUM) AMPOLA	01	ALG. ORTOPÉDICO (25x1)	02	MONONYLON Nº	
ATROPINA AMPOLA		ATADURA DE CREPE Nº	10 cm 01	MONICRON Nº	
BICARBONATO DE SÓDIO 10% AMPOLA	08	ATADURA GESSADA	CM	PTA CARDÍACA	
CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA		BOLSA DE COLOSTOMIA		PROLENE Nº	21
CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% AMPOLA		CATETER SUBCÁVIA ADULTO		VICRYL Nº	
DECADRON AMPOLA		CATETER SUBCÁVIA PEDIÁTRICO		ÁGUA OXIGENADA (ML)	
DICLOFENACO DE SÓDIO AMPOLA		CATETER PERIDURAL		ALCOOL 70% (ML)	
DIPIRONA AMPOLA		CATETER PERIDURAL		ALCOOL IODADO (ML)	
DOPAMINA AMPOLA	01	CATETER PERIDURAL		CLOREXIDINA 2% (ML)	
CEFADROXIL (KEFADOL) 1g FA		CATETER PERIDURAL		DETERGENTE ENZIMÁTICO	
CEFAZOLINA (KEFALIN) 1g FA		CATETER PERIDURAL		ETER (ML)	
CEPATOTINA (KEFLIN) 1g FA		CATETER PERIDURAL		PVPi DEGERMANTE (ML)	
CLORIDATO DE ETILEFRINA (EFORTIL) AMPOLA	08	CATETER PERIDURAL		PVPi TÓPICO (ML)	
PENERGAN AMPOLA		CATETER PERIDURAL		ENTURA BENJON (ML)	
FUROSEMIDA (LASIX) AMPOLA		CATETER PERIDURAL		CAI JTE	
GLICOSE 50% AMPOLA		CATETER PERIDURAL		BÁSICO VIDEO	
GLUCONATO DE CÁLCIO AMPOLA		CATETER PERIDURAL		BÁSICO AZUL	
HIDROCORTISONA 500mg		CATETER PERIDURAL		BÁSICO TORÁCICO	
HYDROCORTELA	05	CATETER PERIDURAL		BÁSICO HEMORROIDECTOMIA	
HYPAQUE AMPOLA		CATETER PERIDURAL		CO DE FISTULA	
ISOFURANE (ML)	06	CATETER PERIDURAL		ASICO DELICADO	
LIQUEMINE (HEPARINA) FA	01	CATETER PERIDURAL		BÁSICO PROSTATA	
MANITOL (3%) / (20%)	01	CATETER PERIDURAL		UAP	
METRONIDAZOL (FLAGYL) BOLSA	01	CATETER PERIDURAL		U-URO / RTU	
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) AMPOLA	01	CATETER PERIDURAL		U- BILIARES	
NEOCAINA 0,5% C/A AMPOLA		CATETER PERIDURAL		Bandagem	
NEOCAINA 0,5% S/A AMPOLA		CATETER PERIDURAL		U-uro	
NEOCAINA 5% PESADA AMPOLA		CATETER PERIDURAL		Latex	
NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE) AMPOLA	06	CATETER PERIDURAL		proteção borda	
NOREPINEFRINA (NORA) AMPOLA	10	CATETER PERIDURAL		U-uro	
PANCURÔNIO (PAVULON) AMPOLA	05	CATETER PERIDURAL		U-uro	
RANTIDINA (ANTAK) AMPOLA		CATETER PERIDURAL		U-uro	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ml	12/12	CATETER PERIDURAL		U-uro	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml		CATETER PERIDURAL		U-uro	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ml		CATETER PERIDURAL		U-uro	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ml		CATETER PERIDURAL		U-uro	
SORO GLUCOSADO 10% 500ml		CATETER PERIDURAL		U-uro	
SORO GLUCOSADO 5% 500ml		CATETER PERIDURAL		U-uro	
SORO RINGER LACTATO 500ml		CATETER PERIDURAL		U-uro	
TENOXICAN (TILATIL) 40mg FA		CATETER PERIDURAL		U-uro	
XYLOCAINA GELIA		CATETER PERIDURAL		U-uro	
XYLOCAINA SPRAY		CATETER PERIDURAL		U-uro	
ALPENTANILA (RAPIFEN) AMPOLA		CATETER PERIDURAL		U-uro	
CLORIDATO DE PETIDINA (DOLANTINA) AMPOLA		CATETER PERIDURAL		U-uro	
DIPRIVAM (PROPOFOL) AMPOLA		CATETER PERIDURAL		U-uro	
PERTANIL FA	05	CATETER PERIDURAL		U-uro	
FLUMAZENIL (LANEXAT) AMPOLA		CATETER PERIDURAL		U-uro	
MIDAZOLAN (DORMONID) 15mg AMPOLA		CATETER PERIDURAL		U-uro	
MIDAZOLAN (DORMONID) 30mg AMPOLA		CATETER PERIDURAL		U-uro	
MORFINA (DIMORF) 10mg AMPOLA		CATETER PERIDURAL		U-uro	
MORFINA (DIMORF) 3mg AMPOLA	07	CATETER PERIDURAL		U-uro	
MORFINA (DIMORF) 0,2mg AMPOLA		CATETER PERIDURAL		U-uro	
VALIUM (DEAZEPAM) 10 ml AMPOLA		CATETER PERIDURAL		U-uro	

NOME DA FIRMA:		PARAFUSO	
CAIXA 3,5		PARAFUSO	
CAIXA 4,5		PARAFUSO	
01 CAIXA TUBO A TUBO 130 (Ortomat)		PARAFUSO	
FIXADOR EXTERNO		PLACA	

335 - HOF

Per. Iambuco

HHRP

Marcelo LACERDA

Local do Atendimento:

11/12/2017

Hora: 00:18:09

PRONTUÁRIO: 28933

Atendimento: 678896

Urgência / Emergência

Colaborador: ADRIANAPBS

Gravidade: VERMELHA - EMERGENCIA

CIRURGIA GERAL

CNS: 898000534044907

Nome: EMANOELE DA SILVA SOARES

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 05/09/1992

Idade: 25 Anos, 3 Meses e 5 Dias

C.I.:

Endereço ou responsáveis: EVANEIDE AVELINA DA SILVA

/ PAULO DE OLIVEIRA SOARES

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

Cidade: PALMARES

Tel.:

8191572104

Hora do Atendimento: / Hs

Queixa Principal:

Paciente trazida pelo SAMU vítima de causas não -
clarificadas, imobilizada em prancha rígida, com eletrocardiograma
destacado, com oio de aparelho. Nega sintomas
respiratórios, náuseas, vômitos, perda de consciência ou alteração
de TCE. Dor em L1/L2 (trauma exposto).

Exame Físico:

A: Geral via aérea está pervia? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: _____

B: Respiratório: *Mu + Ar + SIRS*

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

MSD ☐

MSE ☐

MID ☐

MIE ☐

Pupilas: Isoconicas ☒ Anisoconicas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

E: Abdomen:

Plano, flexível, indolor

Diagnóstico Inicial:

Politrauma - trauma exposto MIE

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Queixa Principal Relatada e Classificação de Risco:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM POSSIVEL FRATURA EM MMIL COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO, TCE

Alergia:

Observação:

Evolução da Enfermagem

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

02 ABR 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lj. 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-940

HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES
COORDENADOR DE ENFERMAGEM
Armando de Oliveira
Méd. 012463
CONFERE COM O ORIGINAL
[Assinatura]

* Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Solicitação de Pedido
() 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 Hora: 00:19:30 PRONTUÁRIO: 28933
 No. Atendimento: 678897 Urgência / Emergência Colaborador: ADRIANAPBS
 Prioridade: SEM CLASSIFICAÇÃO ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS: 89800534044907

Nome: EMANOELE 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 ÁVELINA DA SILVA / PAULO DE OLIVEIRA SOARES
 Endereço: RUA DOUTOR COSTA MORA, 358 - SAO SEBASTIAO/ - 55540000
 Cidade: PALMARES Tel.: 8191572104 Hora do Atendimento: / Hs

Queixa Principal:
 Paciente traz da pelo SAMU alcoolizada com
 história de acidente de moto sem história de
 venuto ou desmaio
 premente em perna (E) + deformidade

Exame Físico:
 A: Geral via aérea esta pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: °C
 B: Respiratório:
 C: Circulatório:

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

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

E: Abdômen:
 Diagnóstico Inicial: fratura exposta perna (E)

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica
 Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:
 curativo
 laca cosopolada com MIE
 Ceftriaxona 2g + AD e
 Propanolol 1mg im

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:
 SAT 0.5ml im.

Alergia: SF 500 ml e

Observação:
 Evolução de Enfermagem

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

HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES
 FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA
 Coordenador de Enfermagem
 Mat. 002405
 CONFERE COM O ORIGINAL
 11/12/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 12 JUN 2019
 Costa Seguradora S/A.

CEM 17/2017
 13/12/2017

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura



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



FICHA PARA REQUISIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

Nome do Paciente: Emanuele Silva Soares Prontuário: _____
Setor: _____ Leito: _____ Data de Nascimento: _____

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 <input checked="" type="checkbox"/>

3) SE TERAPÊUTICO, ONDE FOI ADQUIRIDA A INFECÇÃO?

Comunitária ☒
Hospitalar ☐

Antibiótico Solicitado	Via de Administração	Posologia	Tempo de Tratamento
<u>Cefalosporina</u>	<u>EV</u>	<u>2g</u>	<u>doz a seguir</u>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2019

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



Justificativa:

patente exposta para

Parecer CCIH: _____

10/12/17

Dra. Jussara Helena Cavalcante
CRM-PE 17.340
TEOT 13439

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

Travese
atende

Nome: EMANOELE DA SILVA SOARES

Data Nasc.: 06/09/1992

Idade: 25

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 706404199864084

Endereço: RUA KL 2 QUADRA 14

Bairro: CENTRO

Cidade: PALMARES

CEP: 55540000

Fone: 558191948522

Celular:

Profissão:

Nº: 13

Estado: PE

Acompanhante:

Nome da Mãe: EVANEIDE AVELINO DA SILVA

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Visto NEPI

2 - ATENDIMENTO

DATA: 17/02/2019

MEDICO: RENILSON PLANTINISTA

Queixa Principal / HDA: *Pont. intem. de cinto automobilístico (motor) - (emprego) há cerca de 4h; Não tce a pto do condutor. No braco não sente dor.*

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

A - MDN

B - MDN

C - MDN

D - *ECG: 4+5+6; condut. e autn;*

E - *Ex. físico em tto. agudo; pont. intem. no tpo médio de dilação*

Em exame fte. tto. agudo.

Diag. Provisório:

1) Politrauma

2) Fte. tto. E G.O. 288.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2019

*CDL: Carga de urgência
Interna.*

Se o paciente for C6.

Prescrição:

Data

Horário

Gente Gargalheiro S/A
Av. Rui Barbosa, 715
Recife - PE

Diet:

Dr. Alton Case Neto

PROTESE
REVISADO
18/01/18
Guaraci



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



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Emanuelle Sílvia Soares Sexo: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: 25 anos C.I.: _____

País ou Responsáveis: _____

Endereço: _____

Cidade: Palmares Tel.: _____ Hora do Atendimento: _____ / _____ H.

DESTINO DO PACIENTE: MOF - TRAUMATO SENHA: 531.6030

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

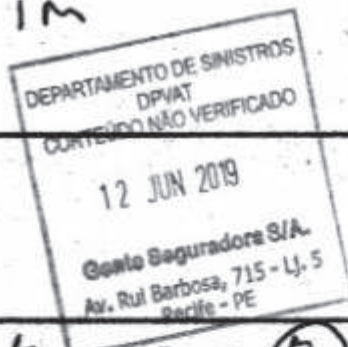
ANAMNESE: Paciente trazida pelo SAMU alcoolizada com
história de acidente de motor. Sem história de
trauma ou dor

EXAME FÍSICO: primário + deformidade em perna (E)

DROGAS ADMINISTRADAS: Cefotaxima 2g + AD e
VD 0,5ml im
Própio

OBS: Apenas 01
traumato no
placenta

EXAMES COMPLEMENTARES: R



HD: fratura exposta perna (E)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: paciente com EGR, consciente, orientado, afilil
intraditada, normotensa, normocarotida, eufórico em ar ambiente
dieta oral, Tórax simétrico, abdômen indolor a palpação,
flácido, eliminação livre, na maca com fratura em
MIE, segue os cuidados da enfermagem.

José Gonçalves de Lima Júnior
Enfermeiro
COREN-PE 300.512

DATA: 10/02/17

DR. SARA HENRIQUE CARVALHO
CRM-PE 17.342
TEOT 13498

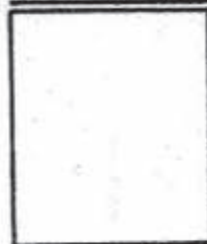
Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

11/12/2017 03:37



Nome Paciente: EMANÓELE 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. jul.

NOME: Emanuelle de Silva Soares
IDADE: 259. RG: 8.825.532 ESTADO CIVIL: Solteira
RESPONSÁVEL: Levanete Avelino de Silva (mãe)
ENDEREÇO: Quilombo 2 Qds 14 nº 13
PONTO DE REFERÊNCIA: Próximo ao Focum. Palmares
TELEFONE: (91) 948522 / Emanuelle.
INFORMES: - Admitida dia 11/12/17, veio do Hospital Regional de Palmares após sofrer acidente de m. (desaparecimento). obs: trazido pelo SAMU.

- Solteira, reside com 5 genitores ali morando, no momento está desempregada.

- Oportunidade hospitalar e liberação

Edna Franco 11/12/17
Edna Franco
Assistente Social
CRP 000000-00-0000

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

ASSISTENTE SOCIAL/ DATA

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
25/12/17	21h	<p>Enfermagem</p> <p>paciente evolui GER, consciente orientado, hidratado e normo-oxigenado, com comportamento hostil agressivo com gestos e palavras ameaçando chutar a enfermagem. Orientei a equipe para qualquer eventualidade intervir na supervisão de plantão. Conversei e esclareci alguns pontos para paciente que relatou sobre seu comportamento e postura.</p>

Dr. [illegible]
Enfermagem
Caroline [illegible]

02/01/18	16h	<p>Enfermagem</p> <p>Fui informado ao residente de ortopedia Clegio Moreira sobre a renovação da Prescrição da Paciente. O mesmo informou que já havia enviado e entregue a técnica de enfermagem que não sabia dizer o nome. Procurei junto a os demais técnicos a Prescrição no setor não foi encontrada. Solicitei o mesmo que renova. At novamente a Prescrição. Informar que irá renovar quando a Paciente for para o BC. Às 13h. Edmundo foi surpreso, informou novamente a resplito, e o mesmo compareceu ao setor, mais não quis renovar. Paciente medicada conforme prescrição antiga.</p>
----------	-----	---

AMENTO DE SIN...
CONTUDO NÃO VERIFICADO

2 JUN 2019

Gestão Seguradora

71

PE

MAC

Enfermagem
[illegible]
[illegible]

12/10/16		<p>Enfermagem</p> <p>Paciente evolui com intercorrência CXVPUSC, febre ao toque e tit ex MTE dor nos CCJg. Signo e obs.</p>
----------	--	---



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO 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

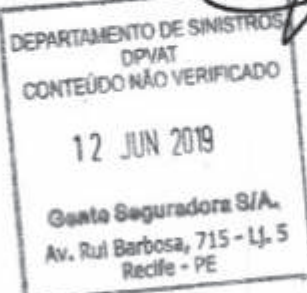
Operação Proposta: TRAT CIRURGICO FRATURA OSSOS DA PERNA ESQ COM FIXADOR EXTERNO + RETALHO MUSCULAR

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ANTISSEPSE + ASSEPSE 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
Cirurgia de Joelho
CRM 17.475 - RCOF 12.721





Nº amostra: 49
ID paciente: 1097755

24/3

Rack: 6
TP3

Posição: 5

09/01/2018 10:38:32 WB

Nome: EMANUELE SOARES

SERIE VERMELHA

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
RDW-CV	12.2	[%]	12 - 15

NRBC 0.00 [10³/uL] 0.0 [%]

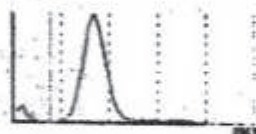
CONTAGEM DE PLAQUETAS

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

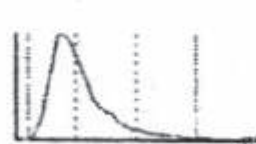
SERIE BRANCA

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 [%]

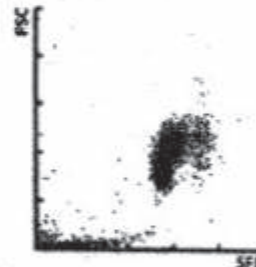
RBC



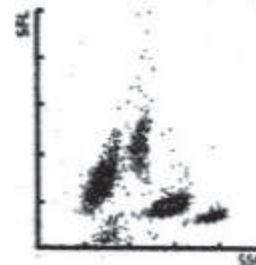
PLT



WNR



WDF



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 - Lj. 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 Lj. 5
Grécia - Recife - PE CEP: 52011-040

VSH = 020/10/100

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

Equipamento: CMD 800I

Paciente: EMANUELE DA SILVA

ID paciente: 1047755

Data nascimento:

Idade:

Sexo: Fem

Médico:

Diagn.:

ID amost: DIU49

Tipo de amostra: Soro

Cód barra:

Data da coleta: 09/01/2018

Hora da coleta:

Depart.: TP3

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
PR 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
CRF3: 1545

solicitação:

09/01/2018 10:00:01

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2019

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

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

Nome: EMANUELE DA SILVA SOARES

Rack: 3

TRAUMA 3

Posição: 8

12/01/2018 10:17:34 WB

SERIE VERMELHA

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 [10³/uL] 0.0 [%]

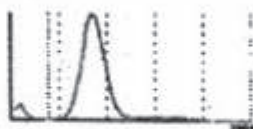
CONTAGEM DE PLAQUETAS

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

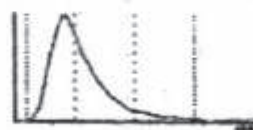
SERIE BRANCA

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 + [%]

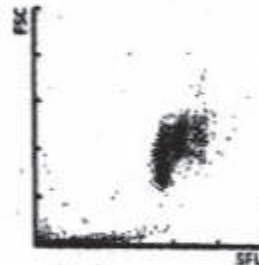
RBC



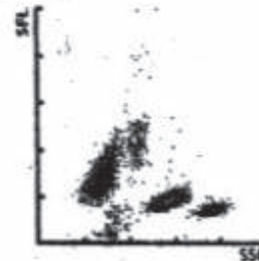
PLT



WNR



WDF



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 - PEDEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040*Mania*

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 paciente: 1047755

Data nascimento:

Idade:

Sexo: Fem

Médico:

Diagn.:

ID amost: DIJ31

Tipo de amostra: Soro

Cód barra:

Data da coleta: 12/01/2018

Hora da coleta:

Depart.: TRAUMA 3

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.	SO
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

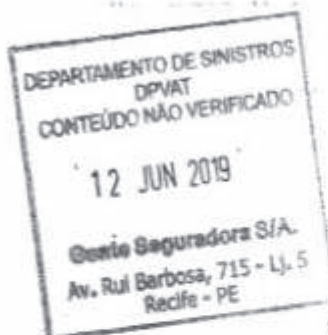
Data/Hora impr.: 12/01/2018 09:19:51

Testador:

Revisor:

Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra



ra esta amostra

SO

ra esta amostra

SO

12.01.2018

14:18

Pag. n. 1

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

ACL ELITEPRO Rel. 03.01.04 - Instrumentation Laboratory

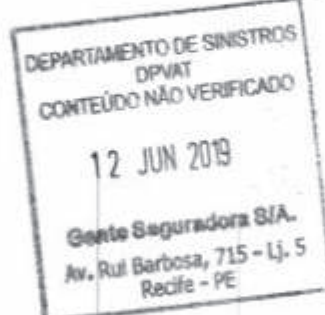
SAMPLE REPORT

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 _____



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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



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 [%]

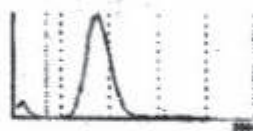
CONTAGEM DE PLAQUETAS

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

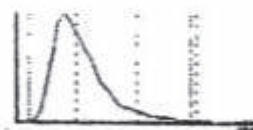
SERIE BRANCA

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 [%]

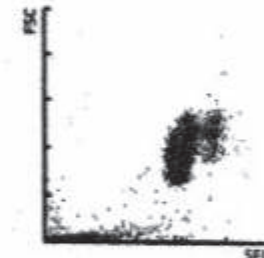
RBC



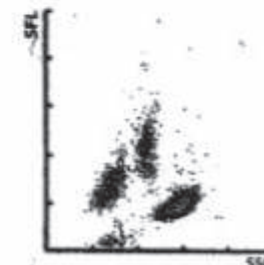
PLT



WNR



WDF



WBC IP Message
Monocytosis

RBC IP Message

PLT IP Message



Francisco Ivo de Oliveira
Laboratório de Análises Clínicas
CPF: 123.456.789-01

11.12.2017
17:11
Pag. n. 1

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBU
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 Ivo de Oliveira
Resp. Otávio de Oliveira
Laboratório - Rua 22, 430-2
CRF/S Nº 523

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2019

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

te: * = outside normal range

Signature



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

º amostra: 36
paciente: 1047755Rack: 4 Posição: 5
TRAUMA 3 24/3

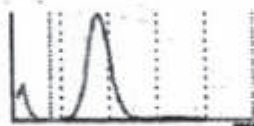
02/01/2018 10:30:35 WB

Nome: EMANUELE DA SILVA SOARES

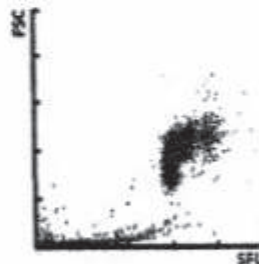
SÉRIE VERMELHA

RBC	3.09	[10 ⁶ /uL]	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

RBC



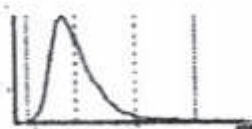
WNR

NRBC 0.00 [10³/uL] 0.0 [%]

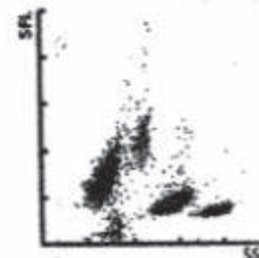
CONTAGEM DE PLAQUETAS

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

PLT



WDF



SÉRIE BRANCA

WBC	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 [%]

2.0 - 7.0	# 45	- 75%
1.0 - 4.0	# 20	- 40%
0.1 - 1.0	# 03	- 10%
0.0 - 0.7	# 00	- 7%
0.0 - 0.7	# 00	- 2%

WBC IP Message

RBC IP Message
Anemia

PLT IP Message

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-040

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

02.01.2018

11:11

Pag. n. 1

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBU
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	S	9.920 - 14.9	02.01.2018 - 11:11
	0.985	INR		
	103	%	70.0 - 120	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2019

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

[Handwritten Signature]
02/01/2018

Note: * = outside normal range

Signature

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

Rua Aprígio Guimarães s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PABX: 31828500
Equipamento: CMD 800I

Paciente: EMANUELE DA SILVA
Número: 1047755
Sexo: Fem
Idade: 138
Profissão: 5.1
Religião: 103

ID amostra: DEUC36
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
GLICOSE	138	mmol/L		134 - 149
COLESTEROL	5.1	mmol/L		3.6 - 5.5
TRIGLICERÍDIO	103	mmol/L		94 - 112

Data/Hora solicitação: 02/01/2018

Data/Hora teste: 02/01/2018

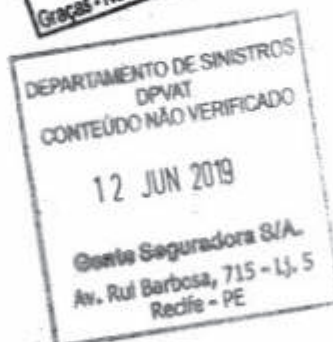
Data/Hora Impr.: 02/01/2018 11:30:19

Estador:

Revisor:

Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra



Handwritten signature
CPBio 127-93405-8

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



Ficha de Notificação de Suspensão de Cirurgia

24-03

Nome do Paciente: Emanuel da Silva Soares
Número: 1047755 Hora da Cirurgia: _____
Tipo de Cirurgia: Fratura de Fêmur
Localização: _____ Clínica: _____
Médico: _____

Seguradora () COOPANEST ()

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

Urgência para a cirurgia e fratura
na mão de um paciente

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

Data: 02/01/2018

Hora da Suspensão: _____

Dr. Paulo Roberto de Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 24909

Assinatura do responsável pela suspensão

Neimacy Barveiro
Enfermeira
COREN-PE 322.479

Assinatura da Enfermeira do Bloco Cirúrgico



12/12/17 ATENDIMENTO 719070 IDADE 75 ANOS
 EMANUELE DA SILVA SOARES F 12512 10
 15963 FOLHA DE ANESTESIA FOLHA 1115 + RODRIGO
 DO ANUNCIADO FRATURA EXPOSTA TIBIA

20:30h 21:30 22:15h

PROCEDIMENTO	DRUGAS USADAS	QUANTIDADE
neomaxida	15mg	
demerol	30mg	
clorpromazina	2g	
alprazolam	2g	
tiopentona	40mg	
disco	10mg	
nauseidona	8mg	
cholel	6mg	

ANOTAÇÕES: 300 280 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

TECNICA ANESTESICA: Equi-pacienti sentada, arroxia + aut-ripa e álcool punção urica, mediana, 13-14, 27. 100%

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 02 ABR 2018
 Genie Seguradora S/A
 Rua Barbosa, 715 - Recife - PE
 CEP: 50111-000

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

IDENTIFICAÇÃO: ☐ CARDIÓSCOPIO ☐ TEMPERATURA ☐ DIAPHRAGMA ☐ ANÁLISE DE GASES ☐ PVC ☐ ESTIMULADOR DE NERVO ☐ LINHA ARTERIAL ☐ VOLEMIA BP PLUS

DESCRIÇÃO: ☐ ACORDADO ☒ CONSCIENTE ☐ INTUBADO ☐ RESPIRADO ☐ APART/REFLEX ☐ LIM ☐ EXTENSÃO ☐ MICOTISMO

DESCRIÇÃO: Tabagista 40 anos de idade

ASSINATURA DO ANESTESISTA: J. Oliveira

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

☒ PACIENTE

☐ RESPONSÁVEL - PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Emmanuel S. Silva RG: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

NOME DO MÉDICO: Cláudio Moura CRM: 29598

PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Exatoma Orises Remo

Declaro ter sido esclarecido pelo médico acima mencionado sobre a proposta de tratamento e procedimento a que serei 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. Confirmando que recebi explicações de meu médico, compreendi 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

Emmanuel da Silva
Assinatura do paciente ou Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2019

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins, que esclareci o (a) paciente e/ou seu (ua) responsável, sobre diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo do procedimento, 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 responsável e acredito ter sido compreendido.

Recife, 05 de 01 de 18

Assinatura do paciente ou Responsável

Dr. Cláudio Moura
CRM: 29598

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



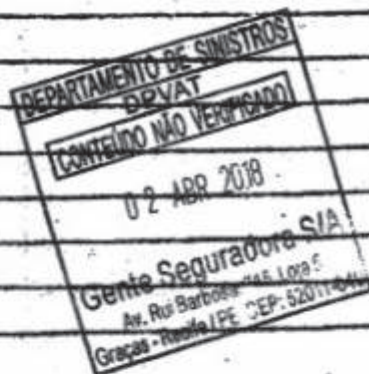
Ficha de Notificação de Suspensão de Cirurgia

Nome do Paciente: Emanuele da Silva Soares
Número do: 1047755 Hora da Cirurgia: 12:00
Nome de Cirurgia: Pré-Min. Fratura da tíbia
Cirurgião: Jose Luiz Clínica: Traumatologia
Anestesista: _____

Provedor (p) COOPANEST ()

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

Falta de conhecimentos clínicos (condições de
dele no ato cirúrgico)



Data: 05/01/18



Dr. Túlio Dantas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 20880

Hora da Suspensão: 1020

Assinatura do responsável pela suspensão

Joanele Lope

Joanele Lope
COREN-PE: 271-47787

Assinatura da Enfermeira do Bloco Cirúrgico



DATA: 12/12/2017

Paciente: GILMONELE DA SILVA SOARES

Urgência: (X) Eletiva:

Nº Sala Cirúrgica: 07

Reg: 1041155

Auxiliar: Dr. Eduardo

Circulante: Josilda Beyer

Idade: 25 anos

Enfermeir(a): Dora Berra

Instrumentador(a):

Anestesiologista: Dr. Fabiano Feres

Especialidade: Uro (), Uro RVU (), Geral (), Geral RVU (), Trauma (X), CPRE (), Torácica (), Torácica RVU ()

CIRURGIA: TC. Fractura costela MTE

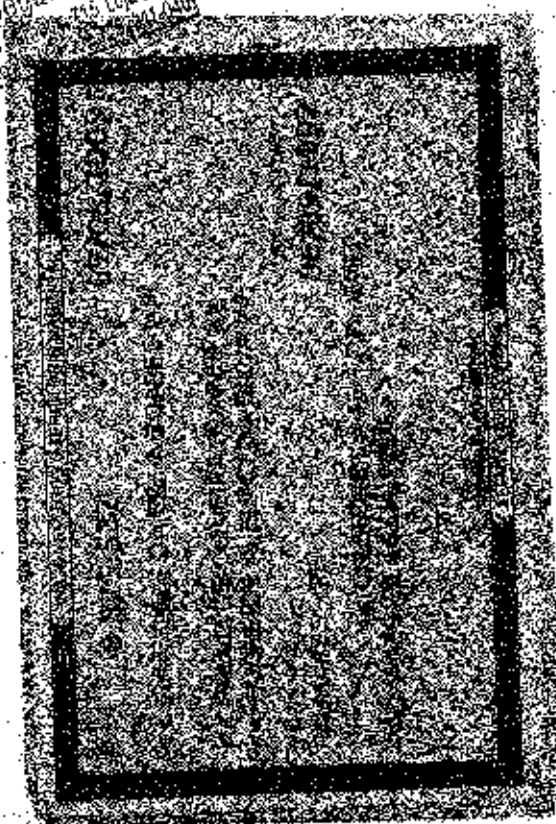
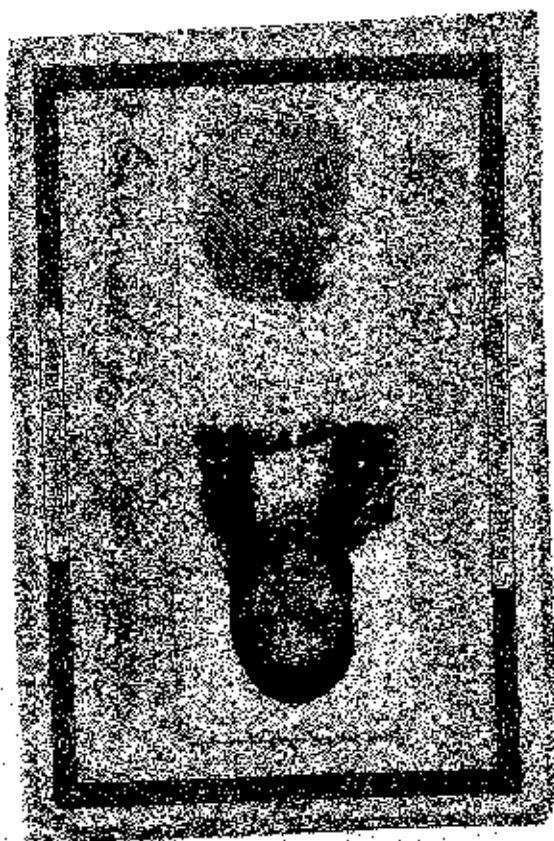
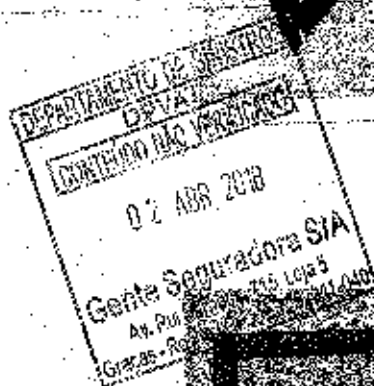
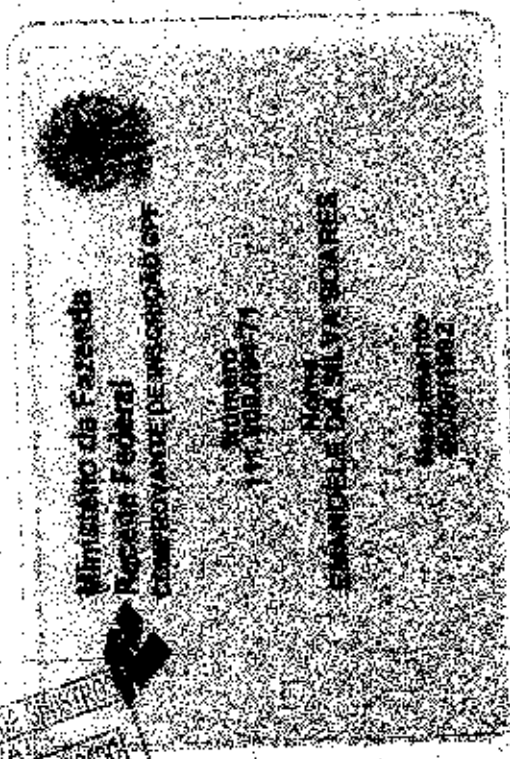
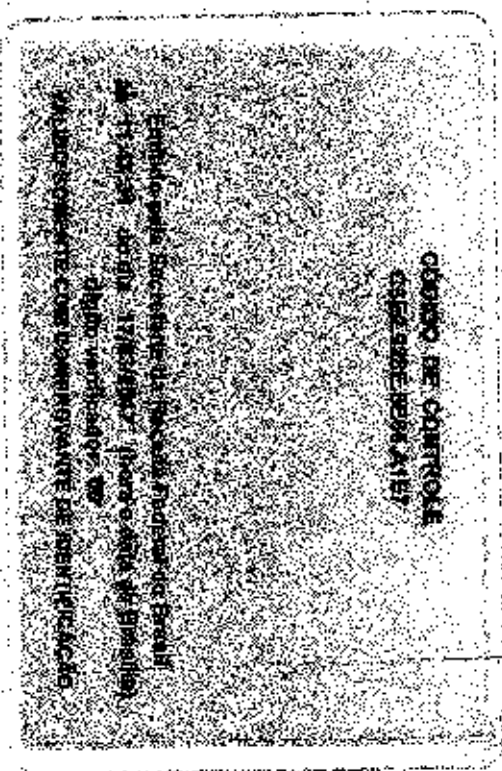
QTD:

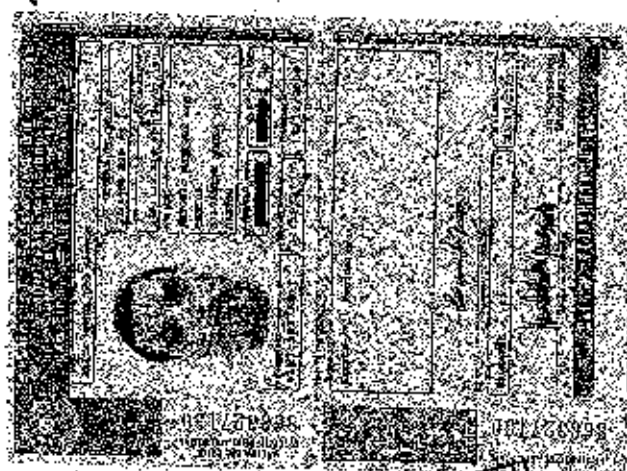
ADRENALINA AMPOLA		AGULHA 13x4,5 UNID	01	ALGODÃO SEM AGULHA Nº	01
ÁGUA BISTILADA 10ml AMPOLA	04	AGULHA 25x07 UNID		ALGODÃO COM AGULHA Nº	
ÁGUA BISTILADA 500ml FA	01	AGULHA 40x12 UNID		CAT. GUT CROMADO Nº	
AMICAONA AMPOLA		AGULHA P/ RAQUI Nº		SEMI Nº Bone 2-0	
ATACÓRIO (TRACRIUM) AMPOLA	01	ALG.ORTOPEDICO(gtm)	02	MONONYLON Nº	
ATROPINA AMPOLA		ATADURA DE CREPE Nº 1,0 CM TALL		MONICRON Nº	
BICARBONATO DE SÓDIO 10% AMPOLA	08	ATADURA GESSADA CM		FITA CARDÍACA	
CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA		BOLSA DE COLOSTOMIA	01	PROLENE Nº 2-1	
CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% AMPOLA		CATETER SUBCÁVIA ADULTO		VIORYL Nº	
DECADRON AMPOLA		CATETER SUBCÁVIA PEDIÁTRICO			
DICLOFENACO DE SÓDIO AMPOLA		CATETER PERIDURAL		ÁGUA OXIGENADA (ML)	
DIPIRONA AMPOLA	01	CAV. DESENE	01	ALCOOL 70% (ML)	
DOPAMINA AMPOLA		CERA PARA OSSO		ALCOOL 100% (ML)	
CEFAZOLINA (KEFADOL) 1g FA		COLETOR SISTEMA ABERTO	02	CLOREXIDINA 2% (ML)	
CEFALOTINA (KEFLIN) 1g FA		COLETOR SISTEMA FECHADO		DETERGENTE ENZIMÁTICO	
CLORIDATO DE ETILEFRINA (EPORTIL) AMPOLA	08	COMPRESSA CIRÚRGICA C/ 5 UNID. TALL		ETER (ML)	
FENERGAN AMPOLA		DRENO LÂMINAR Nº		PVPI DEGERMANTE (ML)	
FUROSEMIDA (LASIX) AMPOLA		DRENO PENROSE Nº		PVPI TÓPICO (ML)	
GLICOSE 50% AMPOLA		DRENO DE SUÇÃO Nº		TINTURA BENJOUIN (ML)	
GLUCONATO DE CÁLCIO AMPOLA		DRENO TORÁCICO Nº			
HIDROCORTISONA 500mg	05	ELETTRODOS	02	CAV. JTE	
HOICINA AMPOLA		EQUIPO MACRO GTS/ MICRO GTS		BÁSICO VIDEO	
HYPADUE AMPOLA	04	ESPARADRAPO ANT. CM	01	BÁSICO AZUL	
ISOFLURANE (ML)	01	ESPARADRAPO IMPERM. CM		BÁSICO TORÁCICO	
LIQUEMINE (HEPARINA) FA		BASES PACOTES TALL		BÁSICO HEMORROIDECTOMIA	
MANITOL (3%) / (20%)	01	ELCO Nº		ACO DE FISTULA	
METRONIDAZOL (FLAGYL) BOLSA		LÂMINA BISTURI Nº 2-5		ASICO DELICADO	
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) AMPOLA		LIGA CLIP Nº 300		ASICO PROSTATA	
NEOCAINA 0,5% C/A AMPOLA		LIGA CLIP Nº 400	01	UAP	
NEOCAINA 0,5% S/A AMPOLA		LUVA CIRÚRGICA 7,0		URO / RTU	
NEOCAINA 5% PESADA AMPOLA	06	LUVA CIRÚRGICA 7,5		UAP BILIARES	
NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE) AMPOLA		LUVA CIRÚRGICA 8,0			
NOREPINEFRINA (NORA) AMPOLA	10	LUVA DE PROCEDIMENTO	02	Bandeja	
PANCURÔNIO (PAVULON) AMPOLA	05	MÁSCARA	01	Cuba	
RANITIDINA (ANTAX) AMPOLA		SONDA ENDOTRAQUEAL C/B Nº	03	Latex	
012 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ml		SONDA ENDOTRAQUEAL S/B Nº	01	Prader basteria	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml		SERINGA 1 cc	01	Umho loco	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ml		SERINGA 5 cc			
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ml		SERINGA 10 cc			
SORO GLUCOSADO 10% 500ml		SERINGA 20 cc			
SORO GLUCOSADO 5% 500ml		SERINGA 60 cc			
SORO RINGER LACTATO 500ml		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº			
TENOXICAN (TILATIL) 40mg FA		SONDA FOLEY Nº			
XYLOCAINA GELEIA		SONDA NASOGÁSTRICA Nº			
XYLOCAINA SPRAY		SONDA URETRAL Nº			
		SONDA RETAL Nº			
ALFENTANILA (RAPIFEN) AMPOLA		SURGICEL UNID.			
CLORIDATO DE PETIDINA (DOLANTINA) AMPOLA		TELA PROLENE CM			
DIPRIVAM (PROPOFOL) AMPOLA	05	TOUCA			
FERTAMIL FA		TORNEIRINHA 3 VIAS			
FLUMAZENIL (LANEXAT) AMPOLA		TRAQUEOSTOMIA			
MIDAZOLAN (DORMONID) 15mg AMPOLA					
MIDAZOLAN (DORMONID) 30mg AMPOLA					
MORFINA (DIMORF) 10mg AMPOLA	01	ARTROSCOPIO ()			
MORFINA (DIMORF) 1mg AMPOLA		ARCO CIRÚRGICO () OXIMETRO ()			
MORFINA (DIMORF) 0,2mg AMPOLA		BISTURI ELÉTRICO () VIDEO ()			
VALIUM (DEAZEPAM) 10 ml AMPOLA		CAPNOGRÁFO () MONITOR CARDÍACO ()			

OME DA FIRMA:

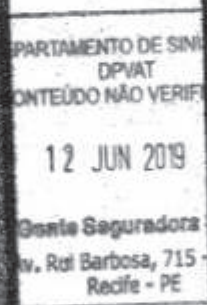
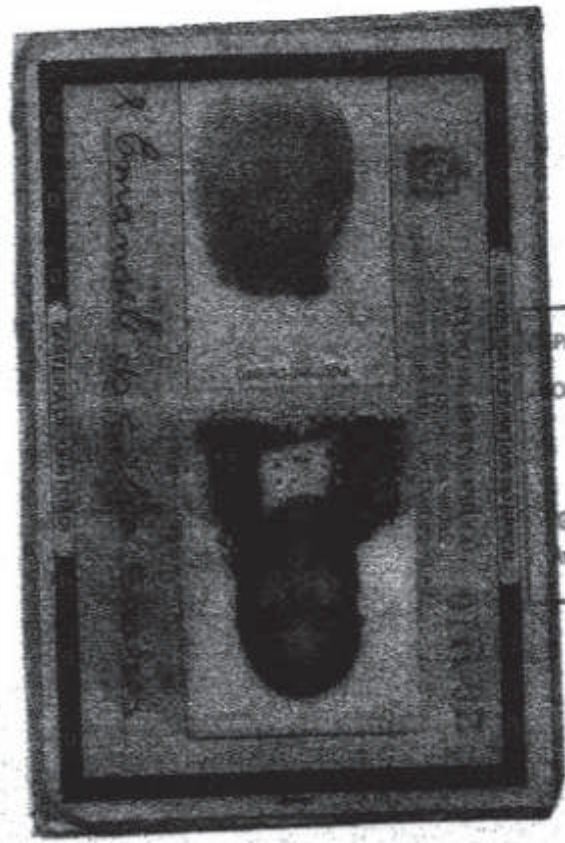
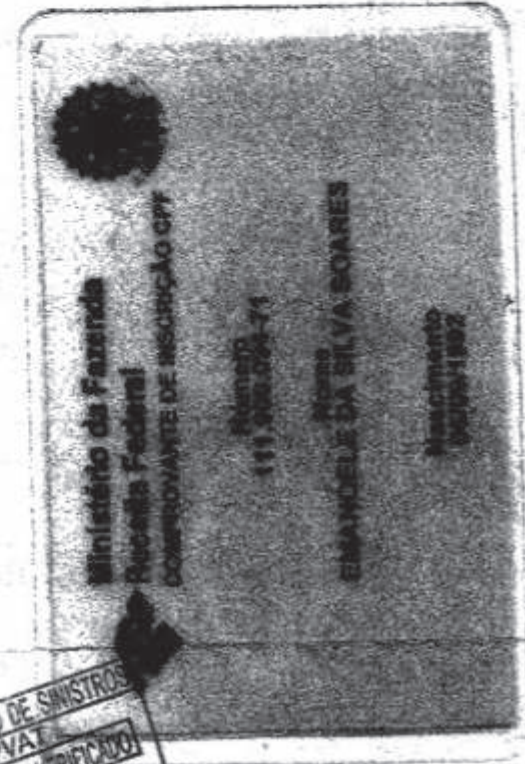
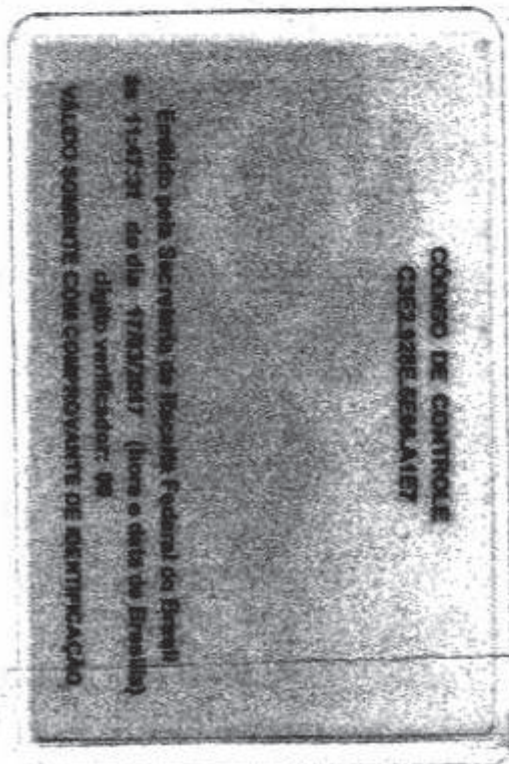
CAIXA 3,5	PARAFUSO
CAIXA 4,5	PARAFUSO
CAIXA TUBO A TUBO 130 (Bentomolher)	PARAFUSO
FIXADOR EXTERNO	PLACA

335. HOF





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Graciosa - Recife - PE - CEP: 52011-040





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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lj. 5
Grças - Recife / PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife / PE CEP: 52011-040

PE Nº 8776011354		BOLHETE DE SEGURO DPVAT	
NOME / ENDEREÇO			
JOSE CONSTANTINO DA SILVA			
PALMARES - PE			
CEP: 552.197-424-31		PLACA: PEX9510	
BOLHETE DE SEGURO DPVAT			
PE Nº 8776011354		EXERCÍCIO 2010	DATA EMISSÃO 27/03/10
NOME / ENDEREÇO			
JOSE CONSTANTINO DA SILVA			
PALMARES - PE			
CEP: 552.197-424-34		PLACA: PEX9510	
ODI RENESSA 172900026	MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES		
ANO/FAB 2010	CMV 09	Linha 9021C4220AR207745	
PREMIO TABELADO (R\$)	ICP (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	
SEGURO - FIBO			
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A CNPJ: 08.248.008/0001-04			

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

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

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: EMANOELE DA SILVA SOARES

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão: DO LAR

Identidade: 8825.532 - SDS-PE

CPF: 111.900.094-71

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

PROCURADOR:

Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: PROFESSOR

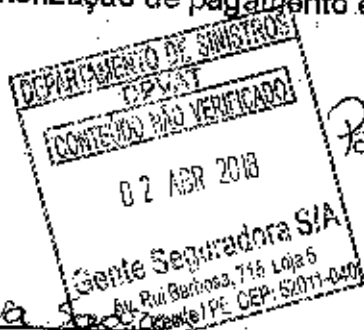
Identidade: 3.748.956

CPF: 019.739.214-80

Endereço: AV. CEL. AUSTRICLINIO, Nº 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 Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor 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.

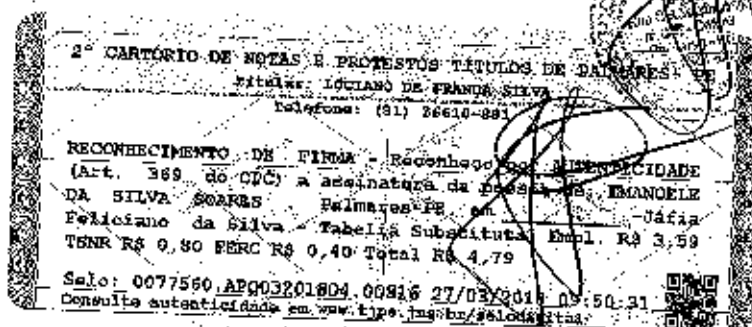
[Handwritten signature of Emanoelle da Silva Soares]



Palmares, 7 MAR 2018
Local e data

Emanoelle da Silva Soares

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: EMANOEL DA SILVA SOARES

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão: DO LAR

Identidade: 8825.532 - SDS-PE

CPF: 111.900.094-71

Endereço: EG ESPERANÇA, 13, QD - H, 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 2019

Gente Seguradora S/A
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, Sincor 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-040

Palmars, 27 MAR 2018
Local e data

Emanuele da Silva Soares

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS TÍTULOS DE PALMARES - PE
Título: EMANOEL DA SILVA SOARES
Telefone: (81) 36410-991

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por autenticidade
(Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de EMANOEL
DA SILVA SOARES, Palmars - PE, em - Jáfia
Feliciano da Silva, Tabela Substituta Impl. R\$ 3,59
TSMR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 - Total R\$ 4,79

Selo: 0077560.APO03201804.00816 27/03/2018 09:50:31
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/calculadora

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199377/19

Vítima: EMANOELE DA SILVA SOARES

CPF: 111.900.094-71

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 11/12/2017

Titular do CPF: EMANOELE DA SILVA SOARES

CPF de: Próprio

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

ERICK MOURA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Marta Marinho dos Santos