Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

05/08/2020

Número: **0000765-53.2020.8.17.3030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Palmares**
Última distribuição : **30/03/2020**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EMANOELE DA SILVA SOARES (AUTOR)	**BRUNO VIEIRA FERNANDES PINHEIRO (ADVOGADO)** **GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65835281	05/08/2020 13:38	ANEXO 1	Outros (Documento)

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190376487 **Vítima: EMANOELE DA SILVA SOARES**

Data do Acidente: 11/12/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMANOELE DA SILVA SOARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01113/01114 - carta_01 - INVALIDEZ

00020557

Carta nº 14443158

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190376487
Vítima: EMANOELE DA SILVA SOARES
Data do Acidente: 11/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EMANOELE DA SILVA SOARES

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01939/01940 - carta_03 - INVALIDEZ

00050970

Carta nº 14443159

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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	Nome completo da vítima
	111.900.094-71	EMANOELE DA SILVA SOARES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 02 MAR 2018 Gente Seguradora SIA AV. PARANÁ 715 Loja 5 Setor 2

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 0916 DIV.: (Informar dígito se existir) — CONTA NRO.: 64004 DIV.: 4 (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: — NRO.:
AGÊNCIA NRO.: — DIV.: (Informar dígito se existir) — CONTA NRO.: — DIV.: (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

Emanoele da Silva Soares
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ID: V001/2017

Seguradora LIDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessario 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 formulario deverá ser preenchido com os dados do beneficiario. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiario") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da Vítima
	111.900.094-71	EMANOELE DA SILVA SOARES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 07 APR 2018 Agente Seguradora SIA Av. Rio Branco 115 Lojas 2 e 3 Recife PE CEP 50011-000

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 4.000,00
☐ R$ 4.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para as bandeiras abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA (NÚM.)	DV	CONTA (NÚM.)	DV
0916		64004	4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO (Nome)	NÚM.

AGÊNCIA (NÚM.)	DV	CONTA (NÚM.)	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancarios 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

Emanoele da Silva Soares
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

432897
0114646/18

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

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 070ª CIRCUNSCRIÇÃO - PALMARES - DA 70ª CIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº. 18E0160000432

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Dolosa (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 CONSTATINO DA SILVA (OUTRO)
EMANOELE DA SILVA SOARES (VITIMA)

POLICIA CIVIL DE PE
DELEGACIA DE POLICIA DE PALMARES
70ª CIRCUNSCRIÇÃO

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

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

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

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 Residencial: **MUNICIPIO DE PALMARES, 13, ENG ESPERANÇA 13 QUADRA 14, PALAMRES PE - CEP: 55900-000 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

Placa: PEX9616 (PERNAMBUCO/PALMARES) Renavam: 272000028 Chassi: 9C2JC4220AR207765
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: ALCOO/GASOL

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° 67[illegible]7 PARA O HOSPITAL REGIONAL DOS PALMARES PRONTUARIO DE N° 2[illegible]33 , ATENDIMENTO N° 67[illegible]. A VITIMA TEVE FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA SENDO TRANFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS. NEM MAIS ENCERRO ESTE BOE.

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

JOSE CONSTATINO DA SILVA
(OUTRO)

Emanoele da Silva Soares
EMANOELE DA SILVA SOARES
(VITIMA)

B.O. registrado por: MARCELO CAVALCANTI SOUZA LINS - Matricula: 319726-3

Impressão

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PALMARES
70ª CIRCUNSCRIÇÃO

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

432897
0114646/18

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 716 - Graças
Recife - PE CEP: 52011-040

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 87ª CIRCUNSCRIÇÃO - PALMARES
DINTER1/13ºDERC

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº. 18E0160000453

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

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Dolosa (Consumado) que aconteceu no dia **11/12/2017** às **08:18**

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) no ocorrido:
DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSE CONSTATINO DA SILVA (OUTRO)
EMANOELE DA SILVA SOARES (VITIMA)

POLICIA CIVIL DE PE
DELEGACIA DE POLICIA DE PALMARES
87ª CIRCUNSCRIÇÃO

Objeto(s) envolvido(s) no ocorrido:
VEICULO: (OUTROS MOTIVOS) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

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

EMANOELE DA SILVA SOARES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**
Mãe: **EVANEIDE AVELINO DA SILVA** Pai: **PAULO DE OLIVEIRA SOARES** Data de Nascimento: **[illegible]/1992** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PALMARES, 18, END ESPERANÇA 13 QUADRA 14, PALMARES/PE** - CEP: **[illegible]-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 de(a) Sr(a): **JOSE CONSTATINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: PE X8618 (PERNAMBUCO/PALMARES) Renavam: 272[illegible] Chassi: 9C2JC4220BR287796
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: ALCOOL/GASOL

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA JA CITADA NESTE BOLETIM, PELA BR-101 SENTIDO DA CIDADE DE JOAQUIM NABUCO A PALMARES, QUANDO NAS MEDIAÇÕES DA PONTE DO EDGERINO 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° 67[illegible]7 PARA O HOSPITAL REGIONAL DOS PALMARES PRONTUARIO DE N° 28[illegible], ATENDIMENTO N° 67[illegible]. 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 CONSTATINO DA SILVA
(OUTRO)

Emanoele da Silva Soares
EMANOELE DA SILVA SOARES
(VITIMA)

B.O. registrado por: MARCELO DEVALCANTI SOUZA LINS - Matricula: 319728-3

[redacted]

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PALMARES
70ª CIRCUNSCRIÇAO

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 [illegible] 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Rui Barbosa [illegible]

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 do Seguro DPVAT; ou

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

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

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

DESDOBRAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2018
Gerente de Sinistros da Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa nº 710 - CEP: 51011-040
Recife/PE

PALMARES-PE, 15 de MARÇO de 2018

Local e Data

Emanoele da Silva Soares

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

(ALTINO Março 2014)

Seguradora **LÍDER**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: EMANUELE DA SILVA SOARES

CPF da Vítima: 111.900.094-71

Data do Acidente: 11.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal:

CPF do Representante legal:

Email:

Telefone (DDD):

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Medico Legal (IML) para os fins do 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 os fins do seguro DPVAT, ou

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e afferição 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2018
Gente que faz a Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa
Recife/PE

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

LDO1 V001 2017

PREFEITURA DOS PALMARES

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins, que Emanoele da Silva Soares, brasileiro(a), 8.825.532, portador do RG nº órgão expedidor SDS-PE e CPF nº 111.900.094-91, residente à Rua quadra K casa 13 Quilombo II, nesta cidade de Palmares, foi vítima de acidente na localidade Br 101, no dia 11.12.2018, e foi socorrido pela viatura do SAMU PALMARES sob o protocolo 192, onde foi realizado os procedimentos de APH e encaminhado ao Hospital de Referência.

Palmares-PE, 01 de fevereiro de 2019

Sandrile Ferraz
Enfermeira
COREN-PE 604.496

ENFERMEIRO(A) DE PLANTÃO/COORDENADORA DO SAMU
COREN Nº

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONFERE COM O ORIGINAL
02 ABR 2019
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

PALMARES

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins, que Emanoele da Silva Soares, brasileiro(a), 8.825.532 portador do RG nº órgão expedidor SDS-PE e CPF nº 111.900.094-91, residente à Rua quadra 14 casa 13 Quilombo II nesta cidade de Palmares, foi vítima de acidente na localidade Br 101 no dia 11.12.2014, 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 2015

Sandra Ferraz
ENFERMEIRO(A) DE PLANTÃO COORDENADORA DO SAMU

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Gente Seguradora S/A

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

celpe neoenergia

Companhia Energética de Pernambuco

DADOS DO CLIENTE
EVANILDE JAVEL INÁCIO DA SILVA

CPF 074 259 234-86 NIS 1030080159

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM FAIXA
Monofásico

ENGENHO ESPERANÇA
EG ESPERANÇA 13 QD-14

ENGENHO ESPERANÇA
PALMARES PE
55540-000

CÓD. CONTRATO 7005152628
MÊS/ANO 02/2018
DATA DE VENCIMENTO 22/02/2018
DATA DE PAGAMENTO 15/03/2018
VALOR (R$) 28,46

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo Sundown	31,000000	[illegible]	5,08
Consumo Ativo Sundown a 20 até 100 kWh	55,000000	0,7[illegible]	5,85
Contribuição Iluminação Pública			[illegible]
Contribuição Iluminação Pública - Multa			[illegible]
ICMS Sundown CDC-NF 001/000101 - 16/01/17			4,24
Multa por atraso-NF 001/000492 - 16/01/18			2,35
Juros por atraso-NF 001/000492 - 16/01/18			0,31
Atualização IGPM-NF 001/000492 - 16/01/18			0,04
Atualização IGPM-NF 001/000492 - 16/01/18			0,04

TOTAL DA FATURA 28,46

Nº DO MEDIDOR	TIPO DE FORNEC.	ANTERIOR DATA LEITURA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA LEITURA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTES	CONSUMO (kWh)
[illegible]	Cor	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	30	1,000000		86,00

[illegible]	[illegible]	0,12	[illegible]
[illegible]	[illegible]	0,04	[illegible]

Composição do Faturamento	%	R$	
Distribuição de Energia	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Transmissão	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Distribuição de Energia	[illegible]	[illegible]	4,09%
Parcela de Energia	[illegible]	[illegible]	38,54%
Encargos Setoriais	[illegible]	[illegible]	10,11%
Tributos	[illegible]	[illegible]	10,02%
Total	100	28,46	100%

[illegible]	[illegible]	0,00	11,45	0,00	43,51	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	0,00	7,80	0,00	15,70	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	0,00	4,24	0,00	4,24	[illegible]	[illegible]

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍN.	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÁX.
220	202	231

CÓD. CONTRATO 7005152628 MÊS/ANO 02/2018 DATA DE VENCIMENTO 22/02/2018 TOTAL A PAGAR (R$) 28,46

83680000000-9 2846001100 7-2 00515262810-0 11246007423-7

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTROLE DO RECEBIMENTO
02 MAR 2018
Centro Sacomã - Lojas
SIA
CEP: 52011-040

celpe
neoenergia

Companhia Energética Pernambuco

DADOS DO CLIENTE
LIDERSON AGUSTINHO DA SILVA

CPF: 552.402.134-05

CENTRO/PALMARES
PALMARES PE
55540-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

03/2018
13/08/2018
163,72

Consumo kWh
Iluminação Pública
Multa por atraso NF 000293114 - 06/2018
Juros por atraso NF 000293114 - 06/2018
Atualização IGPM-DI NF 000293114 - 06/2018

217,0000000	0,8695195	188,73
		13,14
		1,22
		0,50
		0,38

TOTAL DA FATURA 163,72

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
02 ABR 2018
Gente Cesar Neves S/A

ATENÇÃO A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

7013980069 03/2018 13/08/2018 163,72

CELPE

NOTA FISCAL / FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

7005152628 05/2019

28/05/2019 13/06/2019

48,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

7005152628 05/2019 28/05/2019 48,28

83800000009 48250011 0019 0051525281 30 2441 5211 439

celpe
energia

CENTRO/PALMARES
PALMARES PE
55540-000

TOTAL DA FATURA

163,72

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 AGO 2018
Gente Segura SIA

ATENÇÃO A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

03/2018 13/09/2018 163,72

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AVENIDA DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE PERNAMBUCO
CEP 50050-922
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0963843-80

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438 de 26.04.02
COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 110
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala 0800 282 5566
Ouvidoria 0800 285 5566
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE 0800 [illegible] Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

[illegible] DA SILVA

[illegible]

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA [illegible]

CENTRO PALMARES
[illegible] PALMARES PE

Art. 10 [illegible] Resolução ANEEL [illegible]
Tarifa Social [illegible]
[illegible]

DATA DE VENCIMENTO			
13/05/2019			
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO	
111,20	25/05/2019	0070139900066	
	DATA DA APRESENTAÇÃO 25/05/2019	Nº DO CLIENTE	
	NUMERO DA NOTA FISCAL 054538028	Nº DA INSTALAÇÃO	

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7E97 BDAF 35F3 E2EA 0C0C DF7C 483B FEF5

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible] Bandeira AMARELA			[illegible]
[illegible]			[illegible]
[illegible]			[illegible]
[illegible]			[illegible]
[illegible]			[illegible]

Tarifas Aplicadas

[illegible]

TOTAL DA FATURA

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

INFORMAÇÕES DE CONSUMO

[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]

INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS E CONTINUAÇÃO DA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	LEITURA ANTERIOR		LEITURA ATUAL		CONSUMO		
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DEPARTAMENTO DE CONTROLE

06 [illegible]

Secretaria [illegible]
Av. Rui Barbosa [illegible]

CONSULTA DE OCORRÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DATA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
[illegible]	[illegible]	[illegible]

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R$)	VENCIMENTO
0070139900066	05/2019	111,20	13/05/2019

838400000014 112000110078 013980368101 129751562434

VALOR DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Seguradora LÍDER

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 SUSEP[1] 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ERICK MOURA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF 019.739.214 / 30, 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 e apresento os documentos comprobatórios: CNH e COMP. 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 sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONFERIDO NÃO VERIFICADO 02 ABR 2018 Gente Seguradora S/A

Endereço		Número	Complemento
RUA CEL AUSTRICLÍNIO		797	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	PALMARES	PERNAMBUCO	55540-000
Email	Telefone celular (DDD)		
GIVALDOBOMBEIRO@YAHOO.COM.BR	(81) 3662-3816	(81) 99272-9753	

PALMARES-PE, 15 de MARÇO de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

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[1] 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 nº9.613/98

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:

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

X Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 [illegible] prevista no art. 299 do Código Penal.

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 02 ABR 2018 Gente Seguradora S/A

Endereço: RUA CEL AUSTRICLÍNIO		Número: 797	Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: PALMARES	Estado: PERNAMBUCO	CEP: 55540-000
Email: GIVALDOBOMBEIRO@YAHOO.COM		Telefone (DDD): (81) 3662-3316	Telefone celular (DDD): (81) 99272-9753

PALMARES-PE, 15 de MARÇO de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL 001 V001/2017

0114646/18

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ CONSTANTINO DA SILVA,

RG nº 2476133 SSP/PE, data de expedição __/__/__,

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 MAIA - 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 EMANOELE DA SILVA SOARES, cujo o condutor era EMANOELE DA SILVA SOARES.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / BIZ 125 ES
Ano: 2010
Placa: PEX 0516
Chassi: 9C2JC4220 AR207765
Data do Acidente: 11-12-2017
Local e Data: PALMARES-PE, 15 DE MARÇO DE 2018

José Constantino da Silva
Assinatura do Declarante

FIRMA RECONHECIDA

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

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS TÍTULOS DE PALMARES-PE
Titular: LUCIANO DE FRANÇA SILVA
Telefone: (81) 36610-331

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconhaço por AUTENTICIDADE (Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de: JOSÉ CONSTANTINO DA SILVA. Palmares-PE, em
-Jáfia Feliciano da Silva - Tabelia/Substituta. Emol R$ 3,59 TSNR R$ 0,80 FERC R$ 0,40 Total R$ 4,79

Selo: 0077560.XYR0420X005.00440 07/05/2018 15:21:42
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

LIDER — DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

www.segurodeuber.com.br

Central de Atendimento para consultas sobre indenizações e apólices de seguros: segunda a sexta-feira, das 8h às 18h

Capitais e regiões metropolitanas: 4020 1596 | Outras regiões: 0800 027 12 04

SAC para reclamações e sugestões: 24 horas por dia: 0800 022 81 89 | SAC para informações, auditorias e de bala: 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 121 81 33

Eu: José Constantino da Silva

RG nº: 2176133 | Data de Expedição: [illegible]

Órgão: SSP PE | portador da CPF nº: [illegible]

com domicílio na cidade de: Palmares | no Estado de: Pernambuco

onde reside na (Rua/Avenida/Estrada): Rua de Coelhos, [illegible] | nº: 334

complemento: _____, declaro, sob as penas da lei, que sou o dono do veículo

mencionado abaixo de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Jonas de Souza Santos, cujo condutor era

Gabriel da Silva Santos

Veículo: Hatchback | Modelo: Hyundai HB20S | Ano: 2014

Placa: PEX0516 | Chassi: [illegible]

Data do Acidente: 11/12/2012

Palmares, 15 de [illegible] de 2015

José Constantino da Silva

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO [illegible] 05 [illegible] 2015

Assinatura do Condutor

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

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE PALMARES
Titular: RAFAEL MARQUES DADALTO
Telefone: (81) 3561-0881

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por AUTENTICIDADE (Art. 1º do TPC) a assinatura da pessoa de JOSE CONSTANTINO DA SILVA. Palmares-PE em: [illegible]
Alcione Oliveira da Silva - Tabelia Substituta. Emol: R$ [illegible]
TSNR R$ 0,80 FERC R$ 0,04 Total: R$ 4,91
[illegible]

Pernambuco

HRP

PRONTUÁRIO: 28933

Data do Atendimento: 11/12/2017 **Hora:** 00:18:09

Colaborador: ADRIANAPRS

No. Atendimento: 678896

Urgência / Emergência

CIRURGIA GERAL

CNS: 898000534044907

Prioridade: VERMELHA - EMERGENCIA

Sexo: Feminino

Nome: EMANOELE DA SILVA SOARES

Idade: 25 Anos, 3 Meses e 5 Dias **C.I.:**

Data de Nascimento: 08/09/1992

Pais ou responsaveis: EVANEIDE AVELINA DA SILVA / PAULO DE OLIVEIRA SOARES

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

Hora do Atendimento: ________ / ________ Hs

Cidade......: PALMARES. **Tel.:** 8191572104

Queixa Principal:

Paciente trazida pelo SAMU vítima de [illegible] moto - [illegible] imobilizada em prancha rígida, com colar cervical. [illegible] alcoolizada, não sabe do acidente. Nega síncope, [illegible], vômitos, perda de urina ou convulsões. Dor a [illegible] em MIE. Dor em MIE fratura exposta.

Exame Físico:

A: Geral via aerea esta pervia? SIM ☒ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☒ NÃO ☐ Temperatura: ______

B: Respiratório: MV + AMT s/RA

C: Circulatório: [illegible]

D: Exame Neurológico : Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas : Isocoricas ☒ Anisocoricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Escore: 15 Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:

E: Abdomen: Plano, flácido, indolor

Diagnóstico Inicial: Politrauma + fratura exposta MIE

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 2 - Especializados Rx tórax Normal

Tratamento / Procedimentos : Rx cervical normal. Alta da cir. geral. Aos cuidados Orto

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

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

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 ( ) Inalterado ( ) Piorado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura

Pernambuco

HRP

Data do Atendimento: 11/12/2017 Hora: 00:19:30 PRONTUÁRIO: 28933

Colaborador: ADRIANAPBS

No. Atendimento: 678897 **Urgência / Emergência** CNS: 898000634044907

Prioridade: SEM CLASSIFICAÇÃO ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sexo: Feminino

Nome: **EMANOELE DA SILVA SOARES**

Data de Nascimento: 06/09/1992 Idade: 25 Anos, 3 Meses e 5 Dias C.I.:

Pais ou responsáveis: EVANEIDE AVELINA DA SILVA / PAULO DE OLIVEIRA SOARES

Endereço.....: RUA DOUTOR COSTA MARA, 358 - SAO SEBASTIAO/ - 55340000

Cidade.....: PALMARES Tel.: 8191572104 Hora do Atendimento: _____ / _____ Hs

Queixa Principal:

Paciente traz de pelo SAMU alcoolizada com histórico de acidente de moto sem habilitação dentro de Alagoas fraturado em perna (E) + deformidade

Exame Físico:

A: Geral via aérea esta pérvia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: _____

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico : Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas : Isoconicas ☐ Anisoconicas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

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

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial: fratura exposta perna (E)

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica curativo

Exames Solicitados : 2 - Especializados Lab. encaminhado Hem MUD

Tratamento / Procedimentos : cefalotina 2g + 4D e Profilaxia de tétano

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco: VDT 0,6 ml IM

Alergia: neg SF 500 ml EV

Observação: transferencia para HOF - 331

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

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura

HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES
Associação Beneficiente da Silva Almeida
Coordenadora de Enfermagem
COREN-PE 102.243
CONFERE COM O ORIGINAL

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

SUS PERNAMBUCO HRP

FICHA PARA REQUISIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

Nome do Paciente: Emanuelle Silva Prontuário:
Setor: Leito: Data de Nascimento:

1) INDICAÇÃO DO ANTIBIÓTICO:

Profilático	
Terapêutico	X

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	X

3) SE TERAPÊUTICO, ONDE FOI ADQUIRIDA A INFECÇÃO?

Comunitária	X
Hospitalar	

Antibiótico Solicitado	Via de Administração	Posologia	Tempo de Tratamento
Ceftriaxona	EV	2g	[illegible]

Hospital Regional de Palmares
Arquivo Geral
Coordenador de Prontuários
Mat. [illegible]
CONFERE COM O ORIGINAL

Justificativa: Fratura exposta perna

Parecer CCIH: 10/12/17

Dra. [illegible] Cavalcanti
CRM-PE 17 [illegible]
TEOT 13[illegible]

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Rodovia Ouricombo dos Palmares, BR 101 - Km 135 - Palmares - PE

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

Caixa preta
Trauma

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 713984 **Prontuário:** 1047755

Nome: EMANOELE DA SILVA SOARES
Data Nasc.: 06/09/1992 **Idade:** 25 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** **CNS:** 706404199664084
Endereço: RUA KL 2 QUADRA 14 **Nº:** 13
Bairro: CENTRO **Cidade:** PALMARES **Estado:** PE
CEP: 55540000 **Fone:** 558191948522 **Celular:**
Acompanhante: **Profissão:**
Nome da Mãe: EVANEIDE AVELINO DA SILVA
Nome do Conjuge:
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Visto NEPI

2. ATENDIMENTO **Data:** [illegible] **Médico:** [illegible]

Queixa Principal / HDA: Paciente vítima de acidente automobilístico (moto) - (carroça) há cerca de 4h; Nega TCE ou perda de consciência. No momento nega outras queixas.

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

A - NDN
B - NDN
C - NDN
D - GCS: 4+5+6; consciente e orientado;
E - Exposição em bolsa aquecida, paciente retirou os trajes midos de dentro

Ro ombro FE Direito aquecido.

Diag. Provisório:

DD: 1) Politrauma
2) FE tibia E G.O. III B.

CBL cirurgia de urgência
internação.
Sala avaliação do C.G.

Dr. Altino Cabe Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 28919

Prescrição: **Dieta:**

Data		Horário

REVISADO
PRÓTESE

[redacted]

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **MANCHESTER_V2**

11/12/2017 03:37

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

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

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

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

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

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 7

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

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL

e. sul.

NOME: Emanuelle da Silva Soares
IDADE: 25a. RG: 8.825.532 ESTADO CIVIL: Solteiro.
RESPONSÁVEL: Levanete Avelino da Silva (mãe).
ENDEREÇO: Quilombo 2 Qda 14 nº 13
PONTO DE REFERÊNCIA: - Próximo ao Forum. Palmares
TELEFONE: (91 94 8522 | Emanuelle.).
INFORMES: - admitida dia 11/12/17, vois do Hospital Regional de Palmares após sofrer acidente de m/t (derrapagem). Obs: trazida pelo SAMU.

- Solteira, reside com s genitores alíme, no momento está desempregada.

- Orientá sobre hospitalar e liberar

11/12/17.

Edna Franco
Assistente Social
CRESS 5270 - 4ª Região

ASSISTENTE SOCIAL/ DATA

043HOF

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
25/12/17	21h	Enfermagem paciente evolui GGR, consciente orientado, hidratado e AVPMS. O comportamento hostil agressivo com gestos e palavras, ameaçando clínicos e enfermagem. Orientei a equipe para qualquer eventualidade informar ao supervisão de plantão. Conversei e esclareci algumas dúvidas para paciente que relatou sobre comportamento e postura.
02/01/18	16h	Conferência Fui informado ao residente de ortopedia Elói Maria sobre a renovação da prescrição do paciente. O mesmo informou que já havia deixado a entrega de técnica de enfermagem que não havia 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. Informou que iria renovar quando o paciente for para o BC. Só 13h. Cirurgia foi suspensa, informei novamente a residente, e o mesmo comunicou ao setor mais não quis renovar. Paciente medicado conforme a prescrição antiga.
12/01/20		Enfermagem Paciente evolui com insuficiência C + VPMSC, afebril, ao banho + fit ext MIE dáfer ds c/ g. [illegible] e [illegible].

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Pernambuco

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: EMANOELE DA SILVA SOARES **Prontuário: 1047755**

Cirurgião: EDSON SOUZA JR. **1° Auxiliar:** RICARDO MENEZES

Anestesista: DRA FABIANA **Anestesia:** RAQUI

Data da Operação: 12/12/17

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA PERNA ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: A MESMA

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

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ANTISSEPSIA + ASSEPSIA DO MIE.
3. OBSERVADO FERIMENTO +/- 10CM EM FACE ANTERIOR DA PERNA ESQ COM GRANDE EXPOSICAO ÓSSEA. OBSERVADO TAMBÉM FRATURA COMINUTA
4. REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTIVA COM IRRIGAÇÂO 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 do Joelho
CRM 17.475 COE 12.721

XN series hemato

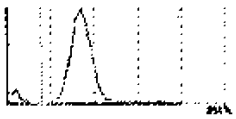
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

24/3

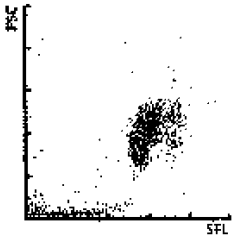
Nº amostra: 49 Rack: 6 Posição:5 09/01/2018 10:38:32 WB
ID paciente1097755 TP3
Nome: EMANUELE SOARES

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
RDW-CV	12.2	[%]	12 - 15
NRBC	0.00	[10^3/uL]	0.0 [%]

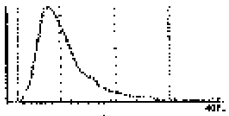
RBC



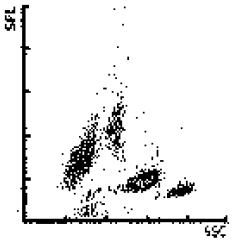
WNR



PLT



WDF



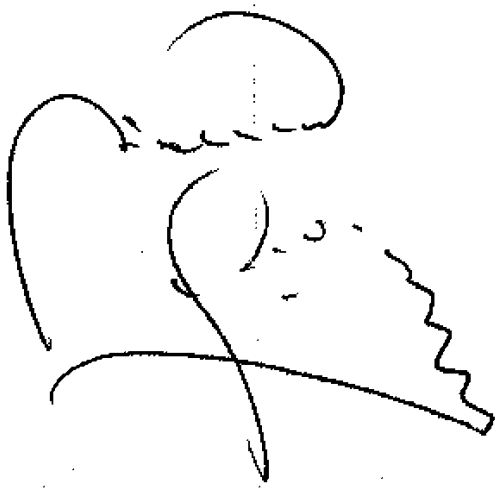
CONTAGEM DE PLAQUETAS

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

SERIE BRANCA

WBC	6.39	[10^3/uL]	4.5 - 10.0			
IG	0.02	[10^3/uL]	0.3	[%]		
NEUT	3.48	[10^3/uL]	54.4	[%]	2.0 - 7.0 #	45 - 75%
LYMPH	1.65	[10^3/uL]	25.8	[%]	1.0 - 4.0 #	20 - 40%
MONO	0.65	[10^3/uL]	10.2	[%]	0.1 - 1.0 #	03 - 10%
EO	0.56 +	[10^3/uL]	8.8 +	[%]	0.0 - 0.7 #	0 - 7 %
BASO	0.05	[10^3/uL]	0.8	[%]	0.0 - 0.2 #	0 - 2 %

WBC IP Message RBC IP Message PLT IP Message



VSH = 20mm

00-19 09/01/2018 10:38 1/1

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 amost:	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:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Roberto Santos
Farm. Bioquímico
CRF3: 1545

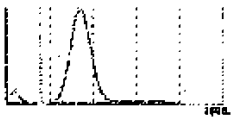
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

XN series hemato

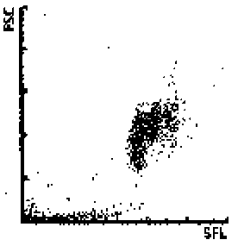
Nº amostra: 31 Rack: 3 Posição:8 12/01/2018 10:17:34 W8
ID paciente1047755 TRAUMA 3
Nome: EMANUELE DA SILVA SOARES

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 [%]

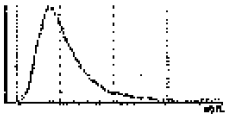
RBC



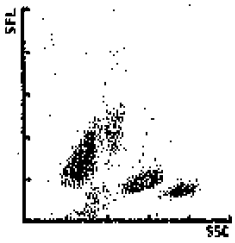
WNR



PLT



WDF



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	[%]	2.0 - 7.0 # 45 - 75%
LYMPH	2.27	[10^3/uL]	34.7	[%]	1.0 - 4.0 # 20 - 40%
MONO	0.49	[10^3/uL]	7.5	[%]	0.1 - 1.0 # 03 - 10%
EO	0.62 +	[10^3/uL]	9.5 +	[%]	0.0 - 0.7 # 0 - 7 %
BASO	0.07	[10^3/uL]	1.1 +	[%]	0.0 - 0.2 # 0 - 2 %

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPSAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2018
Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-000

WBC IP Message RBC IP Message PLT IP Message

00-19 12/01/2018 10:17 1/1

[redacted]

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	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Note: * = outside normal range

Signature

[redacted]

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

ample ID 82H 11/12/17
atient ID 1017253
atient Name EMANUELE DOS S SOARES
irth Date Sex

Department A PRETA
Physician
Entry Date 11.12.2017

perator notes

est	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
Hosp. Otávio de Freitas
Laboratório - Mat. 22.4.50-2
CRF/3 Nº 323

te: * = outside normal range Signature

24-5

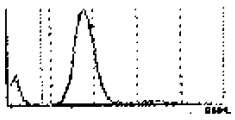
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

XN series hemato

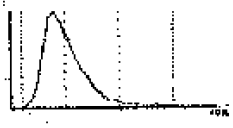
Nº amostra: 36 Rack: 4 Posição:5 02/01/2018 10:30:35 WB
D paciente1047755 TRAUMA 3 24/3
Nome: EMANUELE DA SILVA SOARES

SERIE VERMELHA			REFERENCIA
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
NRBC	0.00	[10^3/uL]	0.0 [%]

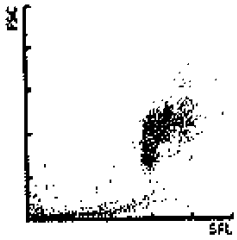
RBC



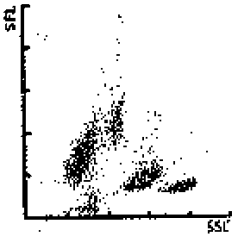
PLT



WNR



WDF



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

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	[%]	2.0 - 7.0 #	45 - 75%
LYMPH	2.05	[10^3/uL]	32.6	[%]	1.0 - 4.0 #	20 - 40%
MONO	0.48	[10^3/uL]	7.6	[%]	0.1 - 1.0 #	03 - 10%
EO	0.65 +	[10^3/uL]	10.3 +	[%]	0.0 - 0.7 #	0 - 7 %
BASO	0.06	[10^3/uL]	1.0	[%]	0.0 - 0.1 #	0 - 2 %

WBC IP Message

RBC IP Message
Anemia

PLT IP Message

DEPARTAMENTO DE CONTROLE ORVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 AGO 2020
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

00-19 02/01/2018 10:30 1/1

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	

Note: * = outside normal range

Signature

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

Equipamento: CMD 800I

ciente:	EMANUELE DA SILVA	ID amost:	DIUO36
) paciente:	1047755	Tipo de amostra:	Soro
ata nascimento:		Cód barra:	
lade:		Data da coleta:	02/01/2018
exo:	Fem	Hora da coleta:	
édico:		Depart.:	T03
iagn.:		Comentário:	

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
JREIA	19	mg/dL		10 - 50
REATININA	0.57	mg/dL	L	0.60 - 1.10
la	138	mmol/L		134 - 149
(	5.1	mmol/L		3.6 - 5.5
L	103	mmol/L		94 - 112

ata/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

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

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Ficha de Notificação da Suspensão de Cirurgia

24-03

e do Paciente: Emanuele da Silva Soares
uário nº: 1047755 Hora da Cirurgia:
de Cirurgia: Fratura de Fêmur
gião: Clínica:
tesista:

dor ( ) COOPANEST ( )

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

Cirurgia suspensa devido a pressão arterial de urgência alterada.

Data: 02/01/2018 Hora da Suspensão:

Dr. Pedro Paulo Pitt de Lima
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 24609

Assinatura do responsável pela suspensão

Nelmecy Carvalho
Enfermeira
COREN-PE 322.479

Assinatura da Enfermeira do Bloco Cirúrgico

SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

FICHA DE ANESTESIA

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

12/12/17	ATENDIMENTO 7140770	CONVÊNIO	ADMISSÃO
CLIENTE Emanoela da Silva Soares		SEXO F	IDADE 18
15962	NOME DO ANESTESISTA Fabiana Fonsêca	NOME DO CIRURGIÃO Edson + Eduardo	
INDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		CIRURGIA 1 TIPO Eletiva	+ Rodrigo
CIRURGIA Ato cirúrgico fratura exposta MIE			

DROGAS USADAS	QUANTIDADE
Neosaldo	15mg
dimorf	20mg
efedrina	2g
efedrina	2g
Tiamicon	40mg
dexa	10mg
ranitidina	50mg
Cisdal	6mg

TÉCNICA ANESTÉSICA

Raqui-peridural sentada, assepsia + anti-sepsia c/ álcool, punção única, mediana, L3-L4, agulha 27 ICEA

ANOTAÇÕES

MONITORIZAÇÃO: ☐ CAPNOSCÓPIO ☐ ECG ☐ ANALISADOR GASES ☐ PIC ☐ ESTIMULADOR DE NERVO ☐ LINHA ARTERIAL ☐ VOLEMIA BP PLUS ☐ OXIMETRO ☐ TEMPERATURA ☐ PNI ☐ SAIDA-GAZES ☐ SONDA VESICAL ☐ CAPNOGRAFO ☐ RESP. PÓS-CIRURGIAL ☐ OUTROS

ENCAMINHADO: ☐ ACORDADO ☐ SEDADO/ENTUBADO ☐ INTUBADO

DESTINO: ☐ SRPA ☐ APART./ENFERM. ☐ UTI ☐ DOMICILIO ☐ NECROTÉRIO

INTERCORRÊNCIA: ☐ NÃO ☐ SIM

DESCREVER: Taquicardia 40 cpm/min/dia

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Fonsêca

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

☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL – PACIENTE

NOME DOPACIENTE: Emanoele S. Silva RG: _____

NOME DO RESPOSÁVEL: _____

NOME DO MÉDICO: Cínio Moura CRM: 29598

PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Frotura Ossos Perna

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. Confirmo 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

Emanoele da Silva
Assinatura do paciente ou Responsável

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins, que esclareci o (a) paciente e/ ou seu (ua) responsável, sobre diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposta, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos e intercorrências inesperadas,bem como sobre as conseqüências 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

Dr. Cínio Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 29598
Assinatura do paciente ou responsável

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Ficha de Notificação de Suspensão de Cirurgia

me do Paciente: Emanuelle da Silva Soares
ontuário nº: 1047755 Hora da Cirurgia: 12:00
o de Cirurgia: Trº Cir. Fratura da tíbia
urgião: José Luiz Clínica: Traumatologia
estesista:

vidor (✓) COOPANEST ( )

Descrição dos motivos: (Deve ser preenchido e assinado pelo autor da suspensão)
Falta de condições clínicas (Condições de pele no sítio cirúrgico).

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
SEVAT
CONTEÚDO NÃO REVISADO
02 ABR 2019
Gente Segurança S.A.
Av. Rui Barbosa
Graças - Recife-PE

Data: 05/01/18 Hora da Suspensão: 1020

Dr. Tátiro Porto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22030

Assinatura do responsável pela suspensão

Juanete Lopes
COREN-PE: 271.676-ENF

Juanete Lopes
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 Urgência: (X) Eletiva: ( ) Nº Sala Cirúrgica: (07

Paciente: EMANUELLE DA SILVA SOARES

Reg: 1047755 A 714070 Idade: 25 anos

Cirurgião: Dr Gustavo Circulante: Josilda Bezerra

Enfermeir (a): Vânia Zelma Auxiliar: Dr Eduardo Anestesista (o): Dra Tatiana Fonseca

Especialidade: Uro( ), Uro RVL( ), Geral( ), Geral PVL( ), Trauma (X), CPRE( ), Torácica( ), Torácica PVL( )

CIRURGIA: TC - Fratura exposta MIE

QTD		QTD		QTD	
	ADRENALINA AMPOLA		AGULHA 13X4,5 UNID		ALGODÃO SEM AGULHA Nº 01
	ÁGUA BIDESTILADA 10ml AMPOLA	04	AGULHA 25X07 UNID		ALGODÃO COM AGULHA Nº
	ÁGUA BIDESTILADA 500ml FA	01	AGULHA 40X12 UNID		CAT. GUT CROMADO Nº
	AMINOFILINA AMPOLA		AGULHA P/ PERIDURAL Nº		CAT. GUT SIMPLES Nº
	AMICACINA AMPOLA	01	AGULHA P/ RAQUI Nº	02	Bronne 2-0
	ATRACÚRIO (TRACRIUM) AMPOLA		ALG.ORTOPEDICO(gm)		MONONYLON Nº
	ATROPINA AMPOLA	08	ATADURA DE CREPE Nº 10 CM 11		MONICRON Nº
	BICARBONATO DE SÓDIO 10% AMPOLA		ATADURA GESSADA CM		FITA CARDÍACA
	CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA		BOLSA DE COLOSTOMIA	01	PROLENE Nº 2
	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% AMPOLA		CATETER SUBCÁVIA ADULTO		VICRYL Nº
	DECADRON AMPOLA		CATETER SUBCÁVIA PEDIÁTRICO		
	DICLOFENACO DA SÓDIO AMPOLA		CATETER PERIDURAL		
	DIPIRONA AMPOLA	01	[illegible] 120 Dessoni		ÁGUA OXIGENADA (ML)
	DOPAMINA AMPOLA		CERA PARA OSSO	01	ALCOOL 70% (ML)
	CEFAZOLINA (KEFAZOL) 1g FA		COLETOR SISTEMA ABERTO		ALCOOL IODADO (ML)
	CEFALOTINA (KEFLIN) 1g FA		COLETOR SISTEMA FECHADO	01	CLOREXIDINA 2% (ML)
	CLORIDATRO DE ETILEFRINA (EFORTIL) AMPOLA	08	COMPRESSA CIRÚRGICA C/ 5 UNID. 11		DETERGENTE ENZIMÁTICO
	PENERGAN AMPOLA		DRENO LÂMINAR Nº		ÉTER (ML)
	FUROSEMIDA (LASIX) AMPOLA		DRENO PENROSE Nº		PVPI DEGERMANTE (ML)
	GLICOSE 50% AMPOLA		DRENO DE SUCÇÃO Nº		PVPI TÓPICO (ML)
	GLUCONATO DE CÁLCIO AMPOLA		DRENO TORÁCICO Nº		TINTURA BENJOIN (ML)
	HIDROCORTISONA 500mg	05	ELETRODOS	02	CAMPO TE
	HIOSCINA AMPOLA		EQUIPO MACRO GTS/ MICRO GTS		BÁSICO VIDEO
	HYPAQUE AMPOLA		ESPARADRAPO ANT. CM	01	BÁSICO AZUL
	ISOFLURANE (ML)	06	ESPARADRAPO IMPERM. CM		BÁSICO TORÁCICO
	LIQUEMINE (HEPARINA) FA	01	GASES PACOTES 12 12 11		BÁSICO HEMORROIDECTOMIA
	MANITOL (3%) / (20%)		JELCO Nº		BÁSICO DE FÍSTULA
	METRONIDAZOL (FLAGYL) BOLSA	01	LÂMINA BISTURI Nº 23		BÁSICO DELICADO
	METOCLOPRAMIDA (PLASIL) AMPOLA		LIGA CLIP Nº 300		BÁSICO PROSTATA
	NEOCAÍNA 0,5% C/A AMPOLA		LIGA CLIP Nº 400	01	CAP
	NEOCAÍNA 0,5% S/A AMPOLA		LUVA CIRÚRGICA 7,0		URO / RTU
	NEOCAÍNA 5% PESADA AMPOLA	06	LUVA CIRÚRGICA 7,5 11		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 (ANTAK) AMPOLA		SONDA ENDOTRAQUEAL C/a Nº	01	Tala
012	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ml 11 11		SONDA ENDOTRAQUEAL S/B Nº	01	Sonda nasogástrica
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml		SERINGA 1 cc	01	Punho Bisturi
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ml		SERINGA 5 cc		
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ml		SERINGA 10 cc		
	SORO GLICOSADO 10% 500ml		SERINGA 20 cc		
	SORO GLICOSADO 5% 500ml		SERINGA 60 cc		
	SORO RINGER LACTATO 500ml		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº		
	TENOXICAN (TILATIL) 40mg FA		SONDA FOLEY Nº		
	XYLOCAÍNA GELEIA		SONDA NASOGÁSTRICA Nº		
	XYLOCAÍNA SPRAY		SONDA URETRAL Nº		
			SONDA RETAL Nº		
	ALFENTANILA (RAPIFEN) AMPOLA		SURGICEL UNID.		
	CLORIDRATO DE PETIDINA (DOLANTINA) AMPOLA		TELA PROLENE CM		
	DIPRIVAM (PROPOFOL) AMPOLA	05	TOUCA		
	FENTANIL FA		TORNEIRINHA 3 VIAS		
	FLUMAZENIL (LANEXAT) AMPOLA		TRAQUEOSTOMO		
	MIDAZOLAN (DORMONID) 15mg AMPOLA				
	MIDAZOLAN (DORMONID) 50mg AMPOLA		ARTROSCOPIO ( )		20:30
	MORFINA (DIMORF) 10mg AMPOLA	01	ARCO CIRÚRGICO( ),OXÍMETRO( )		
	MORFINA (DIMORF) 1mg AMPOLA		BISTURI ELÉTRICO( ),VÍDEO( )		
	MORFINA (DIMORF) 0,2mg AMPOLA		CAPNÓGRAFO( ),MONITOR CARDÍACO( )		IO: 20:35
	VALIUM (DIAZEPAM) 10 ml AMPOLA				RMINO: 22:40

NOME DA FIRMA:

QTD		QTD	
	CAIXA 3,5		PARAFUSO
	CAIXA 4,5		PARAFUSO
01	CAIXA TUBO A TUBO 130 (Intermaxer)		PARAFUSO
	FIXADOR EXTERNO		PLACA

Per.ambuco

HRP

Data do Atendimento: 11/12/2017 Hora: 00:18:09 PRONTUÁRIO: 28933

Atendimento: 678896 **Urgência / Emergência** Colaborador: ADRIANAPES

Prioridade: VERMELHA - EMERGENCIA CIRURGIA GERAL 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 MARA, 358 - SAO SEBASTIAO/ 55540000

Cidade: PALMARES Tel.: 8191572104 Hora do Atendimento: _____ / _____ Hs

Queixa Principal:

Paciente trazido pelo SAMU vítima de acidente moto [illegible]

Exame Físico:

A: Geral via aérea está pérvia? SIM [X] NÃO [ ] O paciente fala? SIM [X] NÃO [ ] Temperatura: _____

B: Respiratório: [illegible]

C: Circulatório: [illegible]

D. Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD [ ] MSE [ ] MID [ ] MIE [ ] Pupilas: Isoconicas [X] Anisoconicas [ ]

Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Escore: 15 Hora: Escore Hora: Escore: Hora:

E. Abdomen: [illegible]

Diagnóstico Inicial: [illegible] + [illegible] MIC

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados: [illegible]

Tratamento / Procedimentos: [illegible]

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. COM POSSIVEL FRATURA EM MMI. COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO. TCE

Alergia:

Observação:

Evolução de Enfermagem

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 02 AGO 2018 Gente Seguradora S.A. Av. Rui Barbosa, 715 - Andar Graças - Recife / PE CEP: 50070-000

HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES GERÊNCIA DE SAÚDE Atendimento Ambulatorial Coordenador Assistencial Mat. 1[illegible] CONFERE COM O ORIGINAL

* Destino do paciente: ( ) Alta para casa ( ) Encaminhamento ao Ambulatório ( ) Internação ( ) Alta Melhorada ( ) Óbito ( ) Transferência para outra unidade ( ) Óbito ( ) Outro _____

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

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura

Pernambuco

HRP

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: 898000634044907

Nome: EMANOELE DA SILVA SOARES Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 06/09/1992 Idade: 25 Anos 3 Meses e 5 Dias C.I.:

Pais ou responsáveis: EVANEIDE AVELINA DA SILVA / PAULO DE OLIVEIRA SOARES

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

Cidade: PALMARES Tel.: 8191572104 Hora do Atendimento: _____ / _____ Hs

Queixa Principal:

Exame Físico:

A: Garai via aerea esta pérvia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: _____

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisoconicas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

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

E: Abdomen:

Diagnostico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

Alergia:

Observação:

Evolução de Enfermagem:

CONFERE COM O ORIGINAL

Porto Seguradora S.A.

Destino do paciente: ( ) Alta para casa ( ) Encaminhamento ao Ambulatório ( ) Internação ( ) Alta Melhorada ( ) Alta a Pedido ( ) Transferência para outra unidade ( ) Obito ( ) Outro _____

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

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura

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

SUS PERNAMBUCO HRP

FICHA PARA REQUISIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

Nome do Paciente: Emanuele Silva S. Prontuário:
Setor: Leito: Data de Nascimento:

1) INDICAÇÃO DO ANTIBIÓTICO:

Profilático	
Terapêutico	X

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 X

3) SE TERAPÊUTICO, ONDE FOI ADQUIRIDA A INFECÇÃO?

Comunitária	X
Hospitalar	

Antibiótico Solicitado	Via de Administração	Posologia	Tempo de Tratamento
Ciprofloxacino	EV	2g	10 dias

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONFERE COM O ORIGINAL
Sinistro Seguradora S.A.

HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES
Arquivador Ofício
Coordenador de Faturamento
CONFERE COM O ORIGINAL

Justificativa: Paciente internada para

Parecer CCIH: 5/12/11

Dra. [illegible] Hélena Coordenadora
CRM-PE 17340
TEOT 13439

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Avenida Quilombo dos Palmares BR 101 - km 185 - Palmares - PE

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

Cirúrgica preta
Trauma

[redacted]

Atendimento: 713984 Prontuário: 1047755

Nome: EMANOELE DA SILVA SOARES
Data Nasc.: 06/09/1992 Idade: 25 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 708404199664084
Endereço: RUA KL 2 QUADRA 14 Nº: 13
Bairro: CENTRO Cidade: PALMARES Estado: PE
CEP: 55540000 Fone: 558191948522 Celular:
Acompanhante: Profissão:
Nome da Mãe: EVANEIDE AVELINO DA SILVA
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Visto NEPI

[redacted]

Queixa Principal / HDA: Pcte vítima de acidente automobilístico (moto) - (Passageiro) há cerca de 4h; Nega TCE ou perda de consciência. Ao exame sem queixas.

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

A - NDN
B - NDN
C - NDN
D - GCS: 4+5+6; consciente e orientado;
E - Extremidades sem lesões aparentes, pacientes ativos e sem sinais de lesões

Rx exclusão FE tórax esquerdo.

Diag. Provisório:

1) Politrauma
2) FE tórax E G.A. 3º B.

CBL carga de urgência hemostática.
Sem avaliação de C6.

Prescrição: Dieta: _____

Data		Horário

REVISADO PROTESE

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

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

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

DESTINO DO PACIENTE: HOF - TRAUMATO

SENHA: 531.6930

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE: Paciente trazido pelo SAMU alcoolizado com história de acidente de moto. Sem história de vômito ou desmaio

EXAME FÍSICO: primário + deformidade em perna (E)

DROGAS ADMINISTRADAS: Cefalotina 2g + AD e VDT 0,5mL IM Profilaxia

OBS: Apenas 01 trauma no plantão

EXAMES COMPLEMENTARES: Rx

HD: fratura exposta perna (E)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: paciente com EGR, consciente, orientado, afebril, hidratado, normocorado, normocardico, eupneico em ar ambiente, dieta oral, Tórax simétrico, abdomen indolor a palpação, flácido, eliminações presente, na maca com fratura em membro E, segue os cuidados da enfermagem.

José Gonçalves de Lima Júnior
Enfermeiro
COREN-PE 308.552

DATA: 10/02/17

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

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

Prioridade:	[redacted]
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. Sul.

NOME: Emanuelle da Silva Soares
IDADE: 25a. RG: 8.825.532 ESTADO CIVIL: Solteira.
RESPONSÁVEL: Severaneide Avelino da Silva (mãe).
ENDEREÇO: Quilombo 2 Qds 14 nº 13
PONTO DE REFERÊNCIA: Próximo ao Forum. Palmares
TELEFONE: (91) 948522 | Emanuelle.
INFORMES: - admitida dia 11/12/17, vois do Hospital Regional de Palmares após sofrer acidente de m. (derrapagem). Obs: trazida pelo SAMU.

- Solteira, reside com s genitores acima, no momento está desempregada.

- Oferecemos apoio hospitalar e libero

11/12/17.

Bruna Franco
Assistente Social
CRESS 5ª Região

ASSISTENTE SOCIAL/ DATA

043HOF

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
25/12/17	21h	Enfermagem paciente evolui EGB, consciente orientado, hidratado e supino se comportamento hostil agressivo com gestos e palavras, ameaçando chutar a enfermagem. Orientei a equipe para qualquer eventualidade avisar ao a supervisão de plantão. Conversei e esclareci algumas posições para paciente que melhorasse de seu comportamento e postura.
02/01/18	16h	Enfermagem: Foi informado ao residente de ortopedia Elenio sobre a renovação da prescrição da paciente. O mesmo informou que já havia deixado entregue a técnica de enfermagem que não sabia dizer o nome. Procurei junto a as demais técnicas a prescrição no setor não foi encontrada. Solicitei o mesmo que demora se novamente a prescrição. Informou que ia renovar quando a paciente fosse para o BC. Só 13h cirurgia foi suspensa. Informar novamente a respeito, e o mesmo comunicou ao setor, mais não quis renovar. Paciente medicada conforme a prescrição antiga.
03/01/20		Enfermagem Paciente estável, em intercorrências CAVPMSE, deficit de tronco + MIE, sinais vitais MIE dados as cuidados, segue em dieta.

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Pernambuco

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: EMANOELE DA SILVA SOARES **Prontuário: 1047755**

Cirurgião: EDSON SOUZA JR. **1° Auxiliar:** RICARDO MENEZES

Anestesista: DRA FABIANA **Anestesia:** RAQUI

Data da Operação: 12/12/17

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA PERNA ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: A MESMA

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

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

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

Dr. Edson Souza Jr.
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 17.476 - COE 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

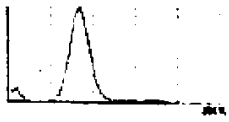
XN series hemato

24/3

Nº amostra: 49 Rack: 6 Posição:5 09/01/2018 10:38:32 WB
ID paciente1097755 TP3
Nome: EMANUELE SOARES

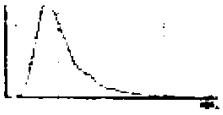
SERIE VERMELHA			REFERENCIA
RBC	4.33	[10^6/uL]	4.0 - 5.6
HGB	12.4	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	36.7	[%]	34 - 48
MCV	84.8 -	[fL]	80 - 98
MCH	28.6	[pg]	25 - 32
MCHC	33.8	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	37.4	[fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	12.2	[%]	12 - 15
NRBC	0.00	[10^3/uL]	0.0 [%]

RBC

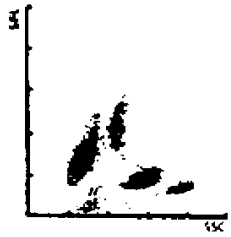


WNR

PLT



WDF



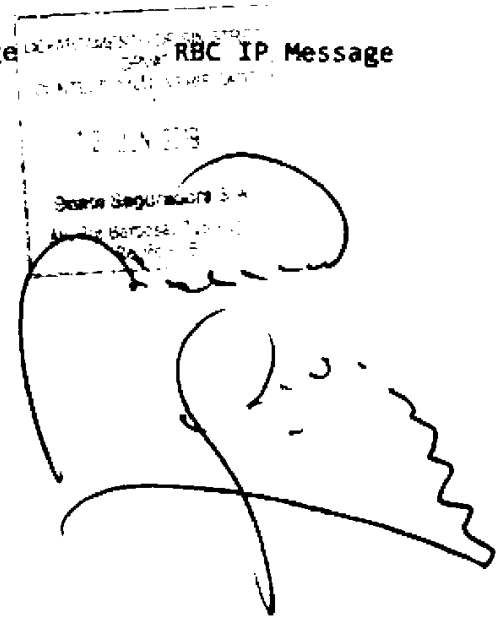
CONTAGEM DE PLAQUETAS

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

SERIE BRANCA

WBC	6.39	[10^3/uL]	4.5 - 10.0		
IG	0.02	[10^3/uL]	0.3	[%]	
NEUT	3.48	[10^3/uL]	54.4	[%]	2.0 - 7.0 # 45 - 75%
LYMPH	1.65	[10^3/uL]	25.8	[%]	1.0 - 4.0 # 20 - 40%
MONO	0.65	[10^3/uL]	10.2	[%]	0.1 - 1.0 # 03 - 10%
EO	0.56 +	[10^3/uL]	8.8 +	[%]	0.0 - 0.7 # 0 - 7 %
BASO	0.05	[10^3/uL]	0.8	[%]	0.0 - 0.2 # 0 - 2 %

WBC IP Message RBC IP Message PLT IP Message



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
ORVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 FEV 2018
Gente Seguradora S/A

VSH = 20mm

00-19 09/01/2018 10:38 1/1

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

aciente:	EMANUELE DA SILVA	ID amost:	DIU49
D paciente:	1047755	Tipo de amostra:	Soro
ata nascimento:		Cód barra:	
dade:		Data da coleta:	09/01/2018
exo:	Fem	Hora da coleta:	
édico:		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:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Roberto Santos
Farm. Bioquímico
CRF: 1548

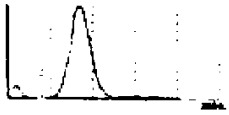
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

XN series hemato

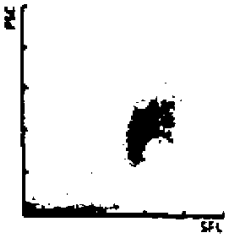
Nº amostra: 31 Rack: 3 Posição:8 12/01/2018 10:17:34 WB
ID paciente1047755 TRAUMA 3
Nome: EMANUELE DA SILVA SOARES

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 [%]

RBC

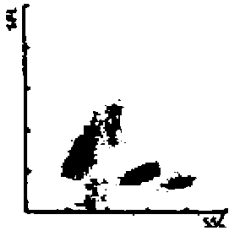


WNR



PLT

WDF



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	[%]	2.0 - 7.0 # 45 - 75%
LYMPH	2.27	[10^3/uL]	34.7	[%]	1.0 - 4.0 # 20 - 40%
MONO	0.49	[10^3/uL]	7.5	[%]	0.1 - 1.0 # 03 - 10%
EO	0.62 +	[10^3/uL]	9.5 +	[%]	0.0 - 0.7 # 0 - 7 %
BASO	0.07	[10^3/uL]	1.1 +	[%]	0.0 - 0.2 # 0 - 2 %

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rua Gervásio
Graças - Recife / PE CEP: 50070-160

WBC IP Message RBC IP Message PLT IP Message

00-19 12/01/2018 10:17 1/1

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 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.
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

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	

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

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

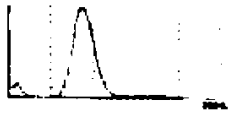
Nº amostra: 82
ID paciente1047253
Nome: EMANUELE DOS S SOARES

Rack: 8
A PRETA

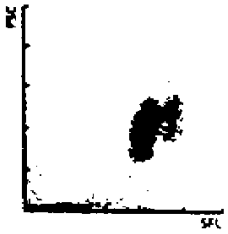
Posição:4 11/12/2017 16:49:29 WB

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

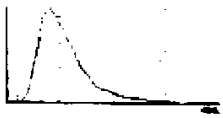
RBC



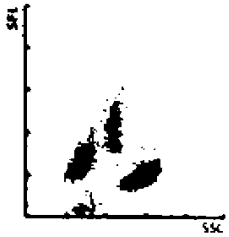
WNR



PLT



WDF



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	[%]	2.0 - 7.0 # 45 - 75%
LYMPH	1.44	[10^3/uL]	15.6 -	[%]	1.0 - 4.0 # 20 - 40%
MONO	1.21 +	[10^3/uL]	13.1	[%]	0.1 - 1.0 # 03 - 10%
EO	0.01	[10^3/uL]	0.1	[%]	0.0 - 0.7 # 0 - 7 %
BASO	0.03	[10^3/uL]	0.3	[%]	0.0 - 0.2 # 0 - 2 %

WBC IP Message
Monocytosis

RBC IP Message

PLT IP Message

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

Francisco Ivo de Oliveira
Biomédico
Laboratório
CRM/PE Nº 323

00-19 11/12/2017 16:49 1/1

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

mple ID 82H 11/12/17
atient ID 1017253
atient Name EMANUELE DOS S SOARES
irth Date Sex

Department A PRETA
Physician
Entry Date 11.12.2017

perator notes _____

est	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 Vo de Oliveira
Laboratorio
CRF/S Nº 323

ote: * = outside normal range

Signature_____

24-3

[redacted]

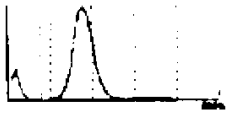
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

XN series hemato

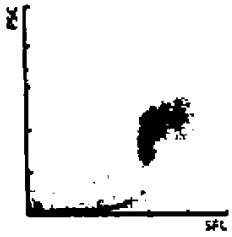
Nº amostra: 36 Rack: 4 Posição:5 02/01/2018 10:30:35 WB
Nº paciente1047755 TRAUMA 3 24/3
Nome: EMANUELE DA SILVA SOARES

SERIE VERMELHA			REFERENCIA
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
NRBC	0.00	[10^3/uL]	0.0 [%]

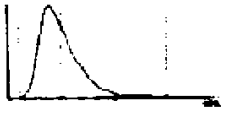
RBC



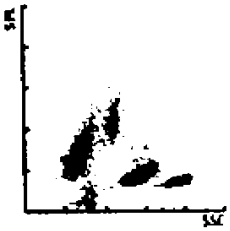
WNR



PLT



WDF



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					
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	[%]	2.0 - 7.0 # 45 - 75%
LYMPH	2.05	[10^3/uL]	32.6	[%]	1.0 - 4.0 # 20 - 40%
MONO	0.48	[10^3/uL]	7.6	[%]	0.1 - 1.0 # 03 - 10%
EO	0.65 +	[10^3/uL]	10.3 +	[%]	0.0 - 0.7 # 0 - 7 %
BASO	0.06	[10^3/uL]	1.0	[%]	0.0 - 0.2 # 0 - 2 %

WBC IP Message

RBC IP Message
Anemia

PLT IP Message

DEPARTAMENTO DE ... OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 ABR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 245 Loja 5
Recife / PE CEP: 50011-040

00-19 02/01/2018 10:30 1/1

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	

Note: * = outside normal range

Signature_____

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

Equipamento: CMD 800I

ciente:	EMANUELE DA SILVA	ID amost:	DBUO36
paciente:	1047755	Tipo de amostra:	Soro
ta nascimento:		Cód barra:	
ade:		Data da coleta:	02/01/2018
xo:	Fem	Hora da coleta:	
édico:		Depart.:	T03
agn.:		Comentário:	

uímica	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
JREIA	19	mg/dL		10 - 50
REATININA	0.57	mg/dL	L	0.60 - 1.10
ia	138	mmol/L		134 - 149
	5.1	mmol/L		3.6 - 5.5
	103	mmol/L		94 - 112

ata/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

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

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Ficha de Notificação de Suspensão de Cirurgia

24-03

e do Paciente: Emanuele da Silva Soares
uário nº: 1047755 Hora da Cirurgia:
de Cirurgia: Fratura de Femur
glão: Clínica:
tesista:

dor ( ) COOPANEST ( )

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

cirurgia suspensa devido a fraqueza muscular de membro superior

Data: 02/01/2018 Hora da Suspensão:

Assinatura do responsável pela suspensão

Nukeary Barreto
Enfermeira
COREN-PE 322.479

Assinatura da Enfermeira do Bloco Cirúrgico

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

FICHA DE ANESTESIA

12/12/17 | 719070

Emanoeli da Silva Soares | F | 25 | Fdc

15962 Fratura tornozelo | ASA II | Sen + equipado

Fratura exposta TIB

20:30h	21:30	22:15h	

DROGA	DOSE
Meperidina	15mg
dimorf	30 ug
efedrina	20
efedrina	20
Tiopental	40 mg
disa	10 mg
Rocuronio	8 mg
Cisatil	6 mg

TÉCNICA ANESTÉSICA

Raqui - paciente sentada, asepsia + anti-sepsia c/ álcool - punção única, mediana, L3-L4 - dura, 27 ICEA

CONTROLE DE SUPRIMENTOS DOCUMENTO NÃO REGISTRADO

Gente Seguradora S/A

ANOTAÇÕES

Tabagista

40 cigarros/dia

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/08/2020 13:38:56
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080513385633900000064597579
Número do documento: 20080513385633900000064597579

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

☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL – PACIENTE

NOME DOPACIENTE: Emanuelle S. Silva RG: _____

NOME DO RESPOSÁVEL: _____

NOME DO MÉDICO: Otávio Moura CRM: 29598

PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Frotura Ossos Perna

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. Confirmo 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 Emanuelle da Silva

Assinatura do paciente ou Responsável

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins, que esclareci o (a) paciente e/ ou seu (ua) responsável, sobre diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo, proposta, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos e intercorrências inesperadas,bem como sobre as conseqüências 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. Otávio Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 29598

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Ficha de Notificação de Suspensão de Cirurgia

ne do Paciente: Emanuelle da Silva Soares
ntuário nº: 1047755 Hora da Cirurgia: 12:00
de Cirurgia: Hrº Sin. Fratura da tíbia
rgião: José Luiz Clínica: Traumatologia
stesista:

vidor (p) COOPANEST ( )

Descrição dos motivos: (Deve ser preenchido e assinado pelo autor da suspensão)
Falta vel. condições clínicas (condições de pele no sítio cirúrgico)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
GRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2018
Gente Seguradora S/A

Data: 05/01/18 Hora da Suspensão: 1020

Dr. Túlio Porto
Ortopedia e Traumatologia
CREMPE 20000

Assinatura do responsável pela suspensão

Ivonete Lopes
Ivonete Lopes
COREN-PE 111756

Assinatura da Enfermeira do Bloco Cirúrgico

SES/PUBAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

NOTA DE SALA DE CIRURGIA/CENTRO CIRÚRGICO 2º ANDAR

DATA: 12/12/2017 Urgência: (X) Eletiva: ( ) Nº Sala Cirúrgica: (03

Paciente: EMANUELLE DA SILVA SOARES

Reg: 104 7755 A 714070 Idade: 25 anos

Cirurgião: Dr Bolivar Auxiliar: Dr Eduardo Cirurgiã: Josilda Bezerra

Enfermeir (a): Tânia Zelma Instrumentador(a): _____ Anestesista (a): Dra Fabiana Fonseca

Especialidade: Uro( ) Uro PVL( ) Geral( ) Geral PVL( ) Trauma (X) CPRI( ) Torácica( ) Torácica PVL( )

Anestesia: Raqui

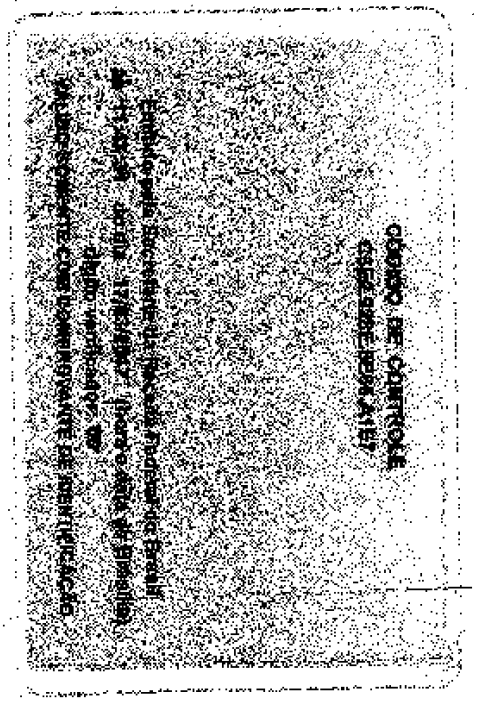
CIRURGIA: TC - Fratura exposta MMS

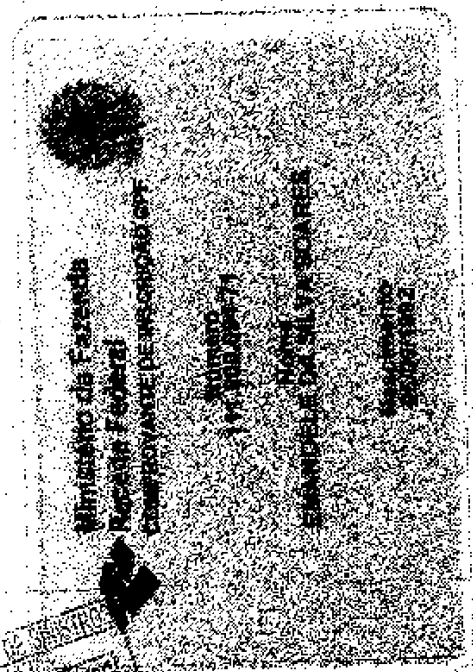
	ADRENALINA AMPOLA		AGULHA 15X4,5 UNID		ALGODÃO SEM AGULHA Nº 03
	ÁGUA BIDESTILADA 10ml AMPOLA	04	AGULHA 25X07 UNID		ALGODÃO COM AGULHA Nº
	ÁGUA BIDESTILADA 500ml FA	01	AGULHA 40X12 UNID		CAT. GUT CROMADO Nº
	AMINOFILINA AMPOLA		AGULHA P/ PERIDURAL Nº		CAT. GUT SIMPLES Nº
	AMICACINA AMPOLA	01	AGULHA P/ RAQUI Nº	02	[illegible] 2-0
	ATRACÚRIO (TRACRIUM) AMPOLA		ALG.ORTOPÉDICO(gm)		MONONYLON Nº
	ATROPINA AMPOLA	08	ATADURA DE CREPE Nº 10 CM		MONOCRON Nº
	BICARBONATO DE SÓDIO 10% AMPOLA		ATADURA ENESADA CM		FITA CARDÍACA
	CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA		BOLSA DE COLOSTOMIA	01	PROLENE Nº 2
	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% AMPOLA		CATETER SUBCÂVIA ADULTO		VICRYL Nº
	DECADRON AMPOLA		CATETER SUBCÂVIA PEDIÁTRICO		
	DICLOFENACO DA SÓDIO AMPOLA		CATETER PERIDURAL		ÁGUA OXIGENADA (ML)
	DIPIRONA AMPOLA	01	[illegible] 120 Dosome	02	ALCOOL 70% (ML)
	DOPAMINA AMPOLA		CIRA PARA OSSO		ALCOOL IODADO (ML)
	CEFAZOLINA (KEFAZOL) 1g FA		COLETOR SISTEMA ABERTO	02	CLOREXIDINA 2% (ML)
	CEFALOTINA (KEFLIN) 1g FA		COLETOR SISTEMA FECHADO		DETERGENTE ENZIMÁTICO
	CLORIDATRO DE ETILEFRINA (EFORTIL) AMPOLA	05	COMPRESSA CIRÚRGICA C/ 5 UNID.		ÉTER (ML)
	FENERGAN AMPOLA		DRENO LAMINAR Nº		PVPI DEGERMANTE (ML)
	FUROSEMIDA (LASIX) AMPOLA		DRENO PENROSE Nº		PVPI TÓPICO (ML)
	GLICOSE 50% AMPOLA		DRENO DE SUCÇÃO Nº		TINTURA BENJOIN (ML)
	GLUCONATO DE CÁLCIO AMPOLA		DRENO TORÁCICO Nº		
	HIDROCORTISONA 500mg	05	ELETRODOS	02	CAPOTE
	HIOSCINA AMPOLA		EQUIPO MACRO GTS/ MICRO GTS		BÁSICO VIDEO
	HYPAQUE AMPOLA		ESPARADRAPO ANT. CM	01	BÁSICO AZUL
	ISOFLURANE (ML)	06	ESPARADRAPO IMPERM. CM		BÁSICO TORÁCICO
	LIQUEMINE (HEPARINA) FA	01	BASES PACOTES		BÁSICO HEMORROIDECTOMIA
	MANITOL (20%) / (20%)		GELCO Nº		BÁSICO DE FÍSTULA
	METRONIDAZOL (FLAGYL) BOLSA	01	LÂMINA BISTURI Nº 23		BÁSICO DELICADO
	METOCLOPRAMIDA (PLASIL) AMPOLA		LIGA CLIP Nº 300		BÁSICO PROSTATA
	MIDOCAÍNA 0,5% C/A AMPOLA		LIGA CLIP Nº 400	01	LAP
	MIDOCAÍNA 0,5% S/A AMPOLA		LUVA CIRÚRGICA 7,0		URO / RTU
	MIDOCAÍNA 5% PESADA AMPOLA	06	LUVA CIRÚRGICA 7,5		BILIARES
	NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE) AMPOLA		LUVA CIRÚRGICA 8,0		
	NOREPINEFRINA (NORA) AMPOLA	10	LUVA DE PROCEDIMENTO	02	Bomsuga
	PANCURÔNIO (PAVULON) AMPOLA	05	MÁSCARA	01	Lente
	RANITIDINA (ANTAK) AMPOLA		SONDA ENDOTRAQUEAL C/B Nº	01	Lente
012	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ml		SONDA ENDOTRAQUEAL S/B Nº	01	Motor bateria
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml		SERINGA 1 cc	01	Punho Foco
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ml		SERINGA 5 cc		
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ml		SERINGA 10 cc		
	SORO GLICOSADO 10% 500ml		SERINGA 20 cc		
	SORO GLICOSADO 5% 500ml		SERINGA 60 cc		
	SORO RINGER LACTATO 500ml		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº		
	TENOXICAN (TILATIL) 40mg FA		SONDA FOLEY Nº		
	XYLOCAÍNA GELIA		SONDA NASOGÁSTRICA Nº		
	XYLOCAÍNA SPRAY		SONDA URETRAL Nº		
			SONDA RETAL Nº		
	ALFENTANILA (RAPIFEN) AMPOLA		SURGICEL UNID.		
	CLORIDRATO DE PETIDINA (DOLANTINA) AMPOLA		TELA PROLENE CM		
	DIPRIVAN (PROPOFOL) AMPOLA	05	TOUCA		
	FENTANIL FA		TORNEIRINHA 3 VIAS		
	FLUMAZENIL (LANEXAT) AMPOLA		TRAQUEOSTOMO		
	MIDAZOLAN (DORMONID) 15mg AMPOLA				
	MIDAZOLAN (DORMONID) 50mg AMPOLA		ARTROSCOPIO ( )		20:30
	MORFINA (DIMORF) 10mg AMPOLA	01	ARCO CIRÚRGICO ( ) OXIMETRO( )		
	MORFINA (DIMORF) 1mg AMPOLA		BISTURI ELÉTRICO( ) VÍDEO( )		
	MORFINA (DIMORF) 0,2mg AMPOLA		CAPNÓGRAFO( ) MONITOR CARDÍACO( )		INÍCIO: 20:35
	VALIUM (DIAZEPAM) 10 ml AMPOLA				TÉRMINO: 22:40

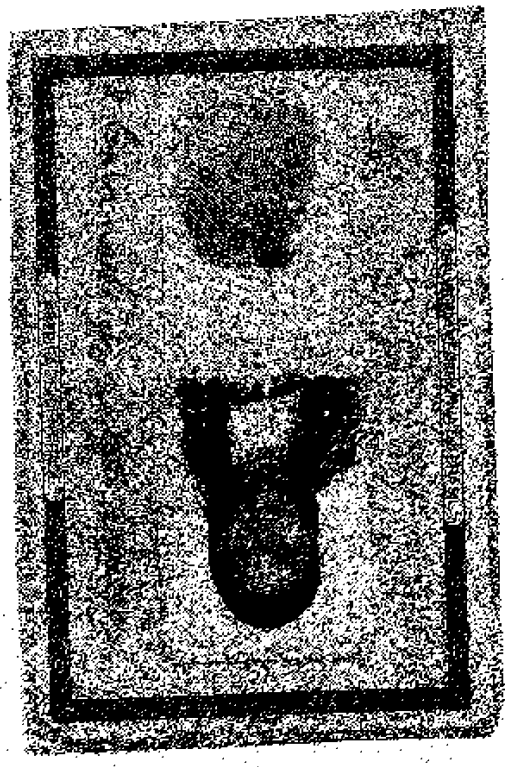
NOME DA FIRMA:

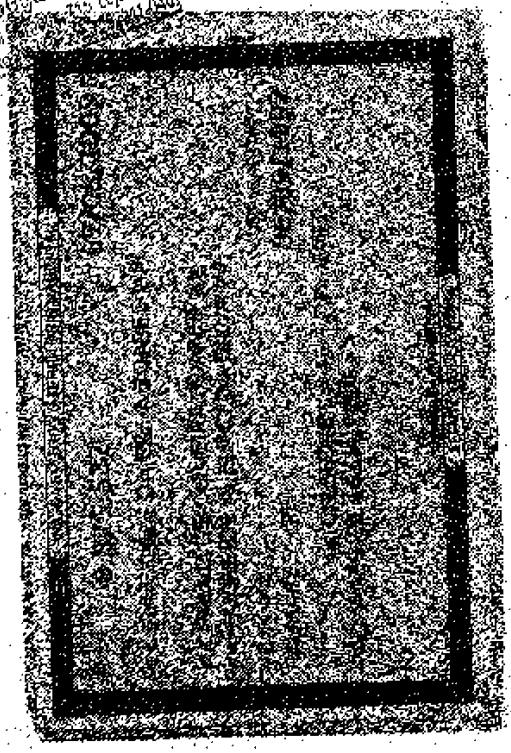
	CAIXA 3,5		PARAFUSO	
	CAIXA 4,5		PARAFUSO	
01	CAIXA TUBO A TUBO 130 (Artromotion)		PARAFUSO	
	FIXADOR EXTERNO		PLACA	

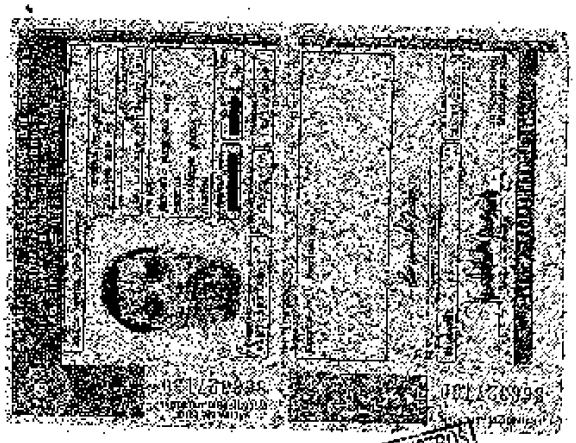
335 - HOF



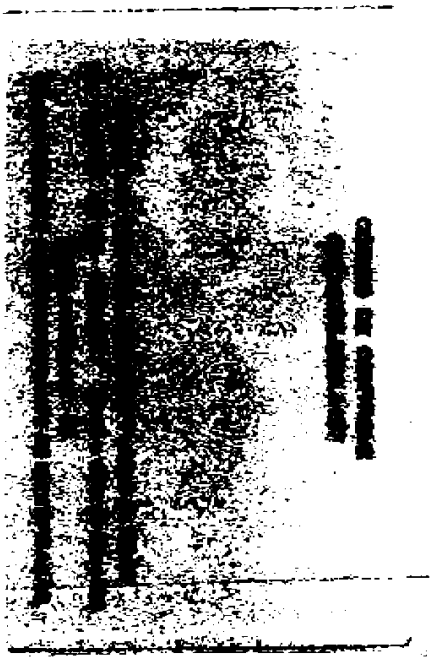




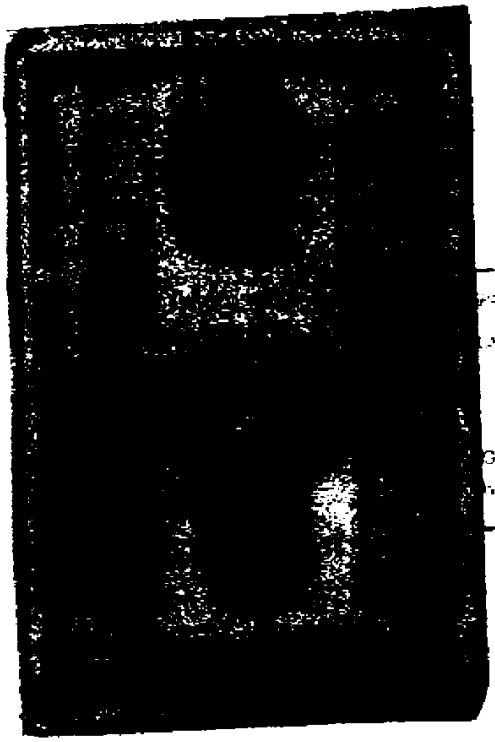


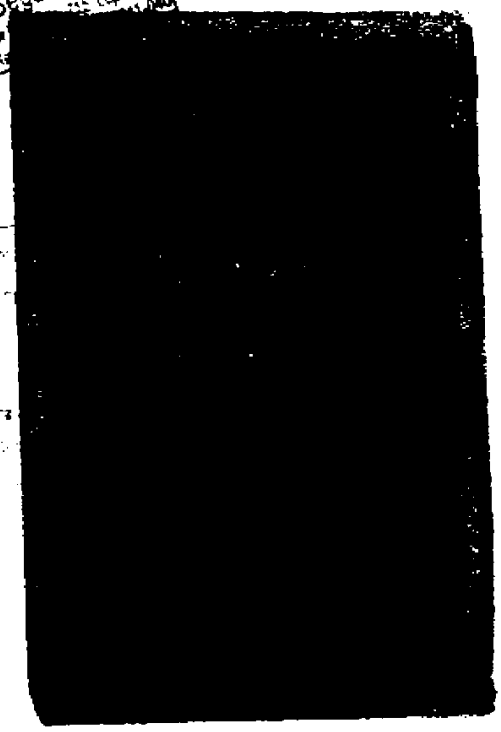


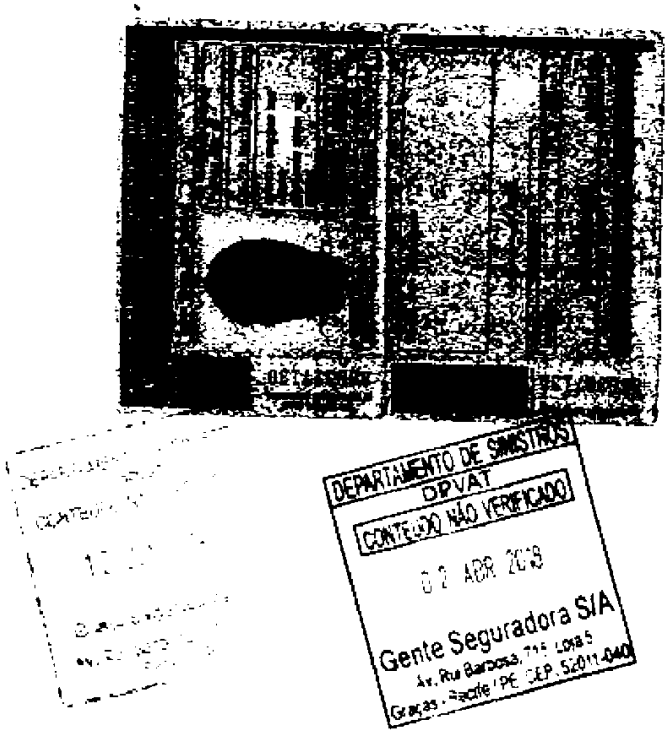
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 ABR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
ORVALE
CONFERIDO NÃO VERIFICADO
07 ABR 2008
Gente Seguradora S/A






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

CONSTANTINO DA SILVA

GOIANIA PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2010

CONSTANTINO DA SILVA

GOIANIA PE

382.197.424-34

Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONFERIDO CONFORME ORIGINAL

07 ABR 2018

Gente Seguradora S/A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

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/ OSTEOSSÍNTESE). 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

Seguradora LIDER

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/ OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PÁG 9/21_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:
Nome: EMANOELE DA SILVA SOARES
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: DO LAR
Identidade: 8825532 - 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, Sincores e Corretores), para fim especifico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 02 ABR 2018 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5 Recife/PE CEP: 52011-040

Palmares, 27 MAR 2018
Local e data

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

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS TÍTULOS DE PALMARES - PE
Titular: LUCIANO DE FRANÇA SILVA
Telefone: (81) 36610-881
RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por AUTENTICIDADE (Art. 369 do CPC) a assinatura de EMANOELE DA SILVA SOARES
Palmares-PE em
Feliciano da Silva - Tabelião Substituto Emol. R$ 3,59 TSNR R$ 0,80 FERC R$ 0,40 Total R$ 4,79
Selo: 0077560.AP003201804.00916 27/03/2018 09:50:31
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:
Nome: EMANOELE DA SILVA SOARES
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: DO LAR
Identidade: 8825532 - SDS-PE CPF: 111.900.094-71
Endereço: EG ESPERANÇA, 13, QD-M, ZONA RURAL, PALMARES-PE

PROCURADOR:
Nome: **ERICK MOURA DOS SANTOS**
Nacionalidade: **BRASILEIRO** Est. Civil: **DIVORCIADO**
Profissão: **PROFESSOR**
Identidade: **3.748.956** CPF: **019.739.214-80.**
Endereço: AV. CEL. AUSTRICLINIO, N° 797, CENTRO, PALMARES - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincores e Corretores), para fim especifico 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. Rio Branco, 115 Loja 6 Recife/PE CEP: 50011-040

Palmares, 27 MAR 2018
Local e data

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

2° CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS TÍTULOS DE PALMARES
Tabelião: LUCIANO DE MENEZES SILVA
Telefone: (81) 3562-0011

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por AUTENTICIDADE (Art. 149 do CPC) a assinatura de EMANOELE DA SILVA SOARES. Palmares-PE, em ... Jéfris Felicismo da Silva - Tabelião Substituto. Reconh. R$ 3,59 TSNR R$ 0,80 FERC R$ 0,40 Total R$ 4,79
Selo: 0077560.AP003201804.00816.27/03/2018 09:50:31
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199377/19

Vítima: EMANOELE DA SILVA SOARES

Data do acidente: 11/12/2017

CPF: 111.900.094-71

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EMANOELE DA SILVA SOARES

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ERICK MOURA DOS SANTOS : 019.739.214-80

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

EMANOELE DA SILVA SOARES : 111.900.094-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

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