



BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
EXTRATO CONTA FACIL

TERM.053447

AGUINALDO JOSE TORRES  
AGENCIA 1163 CONTA 0009523-0

15:20 HRS  
25/NOV/2019

DISPONIVEL  
= TOTAL DISPONIVEL ..... 18,92-  
+ CONTA FACIL (C/C + POUP) ..... 18,92-  
TOTAL DE RECURSOS ..... 18,92-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)  
-----OUTUBRO/2019-----  
IA HISTORICO N DOCT VALOR  
SALDO ANTERIOR 0,49  
8 TAR EXTRATO 0241019 0,49-  
VR.PARCIAL EXTRATomes(E)  
S A L D O ..... 0,00

-----NOVEMBRO/2019-----  
4 CREDITO DO INSS 0041163 998,00  
SAQUE C/C BDN 2625813 300,00-  
Ag06312maq052625seq0181304110734  
SAQUE C/C BDN 4425596 20,00-  
AG06312MAQ064425SE00359602110756  
PAGTO COBRANCA 0000008 28,00-  
BRADESCO VIDA E PREVIDENCIA  
TAR EXTRATO 0241019 2,46-  
EXTRATomes(E)  
VISA ELECTRON 0030030 21,05-  
COM ALIM ESPERANCA  
VISA ELECTRON 0048525 20,00-  
BERRA BOI 2  
VISA ELECTRON 0500005 19,00-  
DROGARIA LESSA  
VISA ELECTRON 0778686 20,30-  
ARCO IRIS FRIUS  
0211558 20,00-



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190659055 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AGUINALDO JOSE TORRES **Data do acidente:** 18/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. P4.  
TRAUMA EM TÓRAX A ESQUERDA. P2.

**Resultados terapêuticos:** DRENAGEM DE TÓRAX. P2.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417117/19

**Vítima:** AGUINALDO JOSE TORRES

**CPF:** 397.445.074-20

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** AGUINALDO JOSE TORRES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417117/19

**Número do Sinistro:** 3190659055

**Vítima:** AGUINALDO JOSE TORRES

**CPF:** 397.445.074-20

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** AGUINALDO JOSE TORRES

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**AGUINALDO JOSE TORRES : 397.445.074-20**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

---

**Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190659055**

**Vítima: AGUINALDO JOSE TORRES**

**Data do Acidente: 18/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), AGUINALDO JOSE TORRES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190659055**

**Vítima: AGUINALDO JOSE TORRES**

**Data do Acidente: 18/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), AGUINALDO JOSE TORRES**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 12/07/2019, emitida pelo Dr. LUIZ SEVERO, CRM nº 24210 - PE, da Instituição HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190659055 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AGUINALDO JOSE TORRES **Data do acidente:** 18/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. P4.  
TRAUMA EM TÓRAX A ESQUERDA. P2.

**Resultados terapêuticos:** DRENAGEM DE DE TÓRAX. P2.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **397.445.074-20** 4 - Nome completo da vítima: **Aquinaldo José Torres**

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

5 - Nome completo: **Aquinaldo José Torres** 6 - CPF: **397.445.074-20**  
7 - Profissão: **Aposentado** 8 - Endereço: **Rua Dona Ana Aurora** 9 - Número: **14** 10 - Complemento: **A**  
11 - Bairro: **Estancia** 12 - Cidade: **Recife** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **50781-500**  
15 - E-mail: **maylson27@gmail.com** 16 - Tel. (DDD): **8198430-2377**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: **BRABESCO**  
AGÊNCIA: **1163** CONTA: **0009523** 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (tal nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

impressão digital da vítima ou beneficiário autógrafo

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Recife, 18 de novembro de 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO  
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0102002692**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2019** às  
**13:19**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que  
aconteceu no dia **18/6/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SUL, 1 - Bairro AFOGADOS -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGANTE )  
EMPRESA PROGRESSO (OUTRO )  
AGUINALDO JOSE TORRES (VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**AGUINALDO JOSÉ TORRES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA  
IZABEL DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 29/9/1958 Naturalidade: NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR FERNANDO SIMOES BARBOSA, 54 - CEP:  
55000-000 - Bairro: PACHECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**EMPRESA PROGRESSO (não presente ao plantão) - Sexo:  
Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EMPRESA PROGRESSO**, que estava  
em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA E HORA CITADOS, FOI ATROPELADO POR UM ONIBUS DA EMPRESA PROGRESSO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA. REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL.

AGUINALDO JOSÉ TORRES  
(VITINA)

B.O. registrado por **CLAUDENIO CAVALHO DE PONTES** - Matrícula: 151286-2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO  
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0102002692

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/08/2019 às  
13:19

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que**  
**aconteceu no dia 18/8/2019 no período da Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SUL, 1** - Bairro: **AFOGADOS** -  
**RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
EMPRESA PROGRESSO (OUTRO )  
AGUINALDO JOSE TORRES (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**AGUINALDO JOSÉ TORRES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA**  
**IZABEL DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 20/9/1956 Naturalidade: NÃO INFORMADO /**  
**PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR FERNANDO SIMOES BARBOSA, 54 - CEP:**  
**55000-000 - Bairro: PACHECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO**  
**INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**EMPRESA PROGRESSO (não presente ao plantão) - Sexo:**  
**Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): EMPRESA PROGRESSO, que estava**  
**em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

## Complemento / Observação

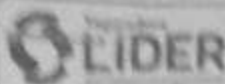
INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA E HORA CITADOS, FOI ATROPELADO POR UM ONIBUS DA EMPRESA PROGRESSO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA. REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL.

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



AGINALDO JOSÉ TORRES  
(VITIMA)

B.O. registrado por:  CLAUDÊNIO CALIXTO DE PONTES - Matrícula: 151286-2



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Encontra-se (ou não) em vigor: ☒ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do veículo (C/V): 3 - CPF da vítima: 397.445.074-20 4 - Nome completo da vítima: Aginaldo José Torres

REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAGAR DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR DISEP Nº 445/2014

5 - Nome completo: Aginaldo José Torres 6 - CPF: 397.445.074-20 7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Rua Dona Ana Aurora 9 - Número: 14 10 - Complemento: A 11 - Bairro: Estância 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50781-500 15 - E-mail: maytson27@gmail.com 16 - Tel (DDD): 8198430-2377

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECLAMAR INFORMAÇÃO ☐ SEM RENDA ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 1163   CONTA: 0009523  0

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 18 de novembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Nome do Cliente: AGUINALDO JOSE TORRES  
Endereço da Unidade: RUA DONA ANA AURORA, 14 Sup.: A TE  
ESTANCIA - RECIFE

Data: 13.09.2019

Prezado(a) Cliente:

Informamos o **DESLIGAMENTO DEFINITIVO ADMINISTRATIVO** referente ao contrato de fornecimento nº 8265132

Para solicitar a reativação do fornecimento de Energia Elétrica, regularize seu débito e acesse a sua Agência Virtual ([www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)) ou, se preferir, procure uma das Agências de Atendimento da CELPE ou Postos Credenciados CELPE Serviços.

Cordialmente,

Companhia Energética de Pernambuco



Fundação Altino Ventura


Paciente : AGUINALDO JOSE TORRES  
Registro : 01020231  
Atendimento: 3994243

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EM 18/06/19, COM FRATURA DE CZO E BLOW OUT À ESQUERDA SE QUEIXA DE BAIXA DA ACUIDADE VISUAL EM OLHO ESQUERDO E REFERE DESCOLAMENTO DE RETINA PREVIO. NEGA DOENÇAS OCULARES E CIRURGIAS PREVIAS.

FUNDOSCOPIA: DISCO OPTICO CORADO, ESCAVAÇÃO PAPILAR PARECE FISIOLÓGICA, VASOS E MACULA SEM ALTERAÇÕES E RETINA PARECE APLICADA.

HD: BAIXA DE ACUIDADE VISUAL OLHO ESQUERDO A ESCLARECER

DEVIDO À DIFICULDADE DE AVALIAR AVL DO PACIENTE, ORIENTO RETORNO QUANDO MELHORADO PARA REALIZAR EXAME OFTALMOLOGICO MAIS COMPLETO.

Recife, 22/06/2019  
Dr. 

Prestador: CAIO PADUA CARVALHO  
CRM-28049





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA

Nome: AGUINALDO JOSE TORRES		Prontuário: 1682529	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA
Idade: 62 Anos 9 Meses 10 Dias	Sexo: Masculino		<input type="checkbox"/> ÓBITO
Proc.:	Admissão no HR: 18/06/2019		<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Adm. Clínica:	Alta: 30/06/19		<input type="checkbox"/> Outros:
Enfermaria /Leito: 719-L3			

MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR ONIBUS HÁ 3 DIAS DIAGNOSTICADO COM HEMOPNEUMOTORAX E SUBMETIDO A DTFE DIA 27/06/2019. RETIRA DTFE DIA 29/06/2019 SEM INTERCORRENCIAS. NO MOMENTO ESTÁVEL. QUEIXA-SE DE DOR LOMBAR JA ACOMPANHADA PELA NEUROCIRURGIA. RECEBE ALTA DA CIRURGIA GERAL EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS, SEM QUEIXAS.

EXAMES COMPLEMENTARES

25/06/2019 HMG - HB 10,5 / HT 30,2 / LEUCO 10020 / PLAQUETAS 179.000  
25/06/2019 - GLIC 277,1 / UREIA 53,57 / RA 24 / AST 18 / ALT 25  
TC DE ABDOME TOTAL COM CONTRASTE  
TC DE COLUNA

EXAMES FÍSICO NA ALTA

EG REGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO  
ACV- RCR EM 27 BNF 55  
AR- MV + EM AHT SRA  
ABD- SEMIGLOBOSO, INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, RH. +  
EXT- SEM EDEMAS, PULSOS CHEIOS E SIMÉTRICOS

DIAGNÓSTICO

- 1- POLITRAUMA
- 2- HEMOPNEUMOTÓRAX À ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO

1 DTFE 27/06/2019

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

- 1- AGUARDAR ALTA DA NEUROCIRURGIA.
- 2- RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DR. JOÃO PAULO DIA 11/07/19 AS 10H

MÉDICOS ASSISTENTES:

STAFF: DR. JOÃO PAULO *Ribeiro*  
R2: DRA LAURA ANTUNES  
R1: DRA. ODARA MOLLGAARD

Data: 30/06/2019

*Lucas Case Ferraz*  
LUCAS CASE FERRAZ - CRM: Nº. 27678

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400



18:35h.

PACIENTE: Aguiar do José Jones

IDADE: 624

EXAME:

DATA DO EXAME: 28/06/19

REGISTRO: 1682529

719/03

7º NCG

UPD: transtorno

LAUDO RADIOLÓGICO

Vs Bolsa escrotal com Doppler.

contuso por
   
 atropelamento
   
 + Hérnia in-
   
 quinal à dir
   
 + hematoma
   
 de bolsa es-
   
 crotal.

Estudo ecográfico da região ingui-
   
 no escrotal direita mostrou passagem
   
 de alça não redutível para a bolsa escrotal
   
 direita com presença de fluxo nas alças
   
 ao color Doppler, notando-se orifício in-
   
 quinal em torno de 1,4 cm.

Observamos testículo direito rechaçado para
   
 baixo na BEE pela volumosa imagem
   
 hídrica acentuada descrita com padrão hete-
   
 rogêneo discreto e contorno irregular com
   
 sinais de hiperfluxo e grande quantidade
   
 de líquido na BEE com finas ecos posteriores.

Testículo esquerdo típico, homogêneo
   
 com padrão de fluxo habitual ao color Doppler.
   
 EE anatómico e EE aumentado de volume.
   
 Dr(a): TD med 4,0 x 2,5 x 2,4 cm / Vol 13,4 cm³
   
 TE med 4,2 x 2,4 x 2,8 cm / Vol 15,3 cm³ com
   
 pequena quantidade de líquido na BEE.
   
 Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE

TD: aspecto ecográfico sugere Hérnia ingui-
   
 nal direita não redutível com sinais de fluxo
   
 + Orquiepididimite direita? + Hidrocele heteroge-
   
 nea à direita + Pequena hidrocele à esquerda.

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: AGUINALDO JOSE TORRES	PRONTUÁRIO: 1682529	ATENDIMENTO: 01443822
DATA DE NASCIMENTO: 20/09/1956	FOI ATENDIDO EM: 18/06/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 12/07/2019 ÀS 12:48	

**Diagnóstico Provável:**

- TRM TORACO LOMBAR FRANKEL E - FRATURA TORACO-LOMBAR TIPO A1 (T12)  
- TRAUMATISMO CRANIANO LEVE - CONTUSÃO CEREBRAL  
- POLINEUROPATIA A/E  
COMORBIDADES: HAS + DM + B24 + HEPATITE B

**Tratamento Realizado:**

TRATAMENTO CONSERVADOR

**Observação:**

PACIENTE REALIZOU RNM DE COLUNA CERVICAL POR QUEIXA DE PARESTESIAS EM LUVAS BILATERALMENTE. RNM COM ABALUAMENTO DISCAIS CERVICAIS, POREM PACIENTE SEM SINAIS CLINICOS DE MIELOPATIA CERVICAL. HOFFMAN AUSENTE. REFLEXOS VIVOS NAÓ PATOLÓGICOS. SEM SINAIS PIRAMIDAIIS- DISCUTIDO CASO EM VISITA DA COLUNA E OPTADO POR INVESTIGAÇÃO CLINICA DA POLINEUROATIA SENSITIVA  
REPOUSO POR 90 DIAS- CID 10 5063

**Encaminhado para:**

1. MARCAR CONSULTA AMBULATORIO DE NEUROLOGIA PARA INVESTIGAÇÃO DE POLINEUROPATIA
2. RETORNO AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA - TCE
3. FISIOTERAPIA

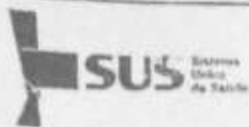
Dr. Luiz Severo  
Neurocirurgia  
CREMEPE 24210

LUIZ SEVERO BEM JUNIOR - CRM: Nº 24210

Recife, 12, JULHO ,2019

**ATENÇÃO:**

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
Hospital da Restauração

2 - CNES  
0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Aguiar José Torres

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1692529

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Crânio

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ASDA Laminar

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23.06.19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA 2- VITROS 4600  
SEPAC

DOENTE: AGUINALDO JOSE

MÉDICO:

ID: 1682529

ID:

ENDEREÇO: 719/3

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

CONENTÁRIOS:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 94

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

COLHIDA EM: 29/6/2019 13:18:27

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 29/6/2019 13:11:28

HEMÓLISE (H): <15

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO		RESULTADO	H I T	INTERVALOS
GLICOSE	HI	289.6 mg/dL		70.0-99.0
UREA		34.49 mg/dL(A)		15.60-43.00
CREATININA	LO	0.44 mg/dL		0.50-1.30
RESERVA ALCALINA		22 mmol/L		22-40
BILIRRUBINA TOTAL		0.68 mg/dL		0.20-1.30
BILI INDIRETA		0.12 mg/dL		0.00-1.10
BILI CONJUGADA		0.0 mg/dL		0.0-0.3
BILI DIRETA	HI	0.56 mg/dL		0.00-0.50
GOT	HI	162 U/L		12-73
FOSFATASE ALCALINA		93 U/L		30-126
AST - TGO		21 U/L		15-59
ALBUMINA	LO	2.58 g/dL		3.50-5.00
AMILASE		40 U/L		30-110
LIPASE		146 U/L		23-300
ALT		25 U/L		0-50

Fim Relatório


PÁG. 1

IMPRIMA DATA/HORA: 29/6/2019 13:18:27

Valores de Referência

Sódio (Na)	132	136-145 mmol/L
Potássio (K)	4.1	3.5-5.1 mmol/L
Cloro (Cl)	103	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180

  
Roberta M. Cardoso  
CRBM - 0302

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA 2- VITROS 4600  
SEPAC

DOENTE: AGUINALDO JOSE TOR  
RES  
ID: 1682529  
ENDEREÇO: 719/3

MÉDICO:  
ID:  
ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:  
IDADE:  
QUARTO:

SEXO:

COMENTÁRIOS:

ID DA AMOSTRA: 123

COLHIDA EM: 28/6/2019 16:23:40

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 28/6/2019 16:18:20

HEMÓLISE (H): <15

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H I T	INTERVALOS
CREATININA	LO 0.46 mg/dL		0.50-1.30

Fim Relatório

PÁG. 1

IMPRIMA DATA/HORA: 28/6/2019 16:23:40

Valores de Referência

Sódio (Na)	—	136-145 mmol/L
Potássio (K)	—	3,5-5,1 mmol/L
Cloro (Cl)	—	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180

*Leucio*



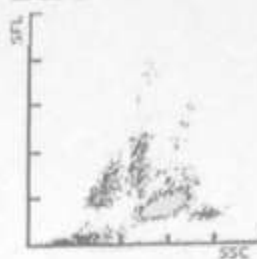
Amostra No.: 74  
 ID DOENTE: 1442638  
 Nome: AGUINALDO JOSE

Rack: 2 Tubo: 5 25/06/2019 10:16:06  
 Serviço: Vermelha UT  
 Data Nasc.:  
 ID Analisador: XT-4000i-1

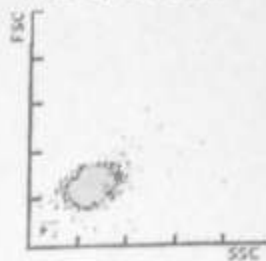
## HEMOGRAMA

WBC	10.02	[10 <sup>3</sup> /uL]	
RBC	3.27	[10 <sup>6</sup> /uL]	
HGB	10.5	[g/dL]	
HCT	30.2	[%]	
MCV	92.4	[fL]	
MCH	32.1	[pg]	
MCHC	34.8	[g/dL]	
PLT	179	[10 <sup>3</sup> /uL]	
RDW-SD	45.2	[fL]	
RDW-CV	14.6	[%]	
MPV	9.4	[fL]	
NEUT	7.98 +	[10 <sup>3</sup> /uL]	79.6 + [%]
LYMPH	1.07	[10 <sup>3</sup> /uL]	10.7 - [%]
MONO	0.80 +	[10 <sup>3</sup> /uL]	8.0 [%]
EO	0.16	[10 <sup>3</sup> /uL]	1.6 [%]
BASO	0.01	[10 <sup>3</sup> /uL]	0.1 [%]

## DIFF



## WBC/BASO



## RBC



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

IG 0.11 [10<sup>3</sup>/uL]

K4 [%]

WBC-BF

[10<sup>3</sup>/uL]

RBC-BF

[10<sup>6</sup>/uL]

MN

[10<sup>3</sup>/uL]

PMN

[10<sup>3</sup>/uL]

TC-BF#

[10<sup>3</sup>/uL]

[%]

[%]

## DIFERENCIAL MANUAL

## SERIE VERMELHA

BASTAO.03.....%  
 SEGMENT.76.....%  
 EOSIN.08.....%  
 LINF.15.....%  
 LINF ATIP. -.....%  
 MONO.08.....%  
 BASO. -.....%

NORMOCITICA.....  
 NORMOCROMICA.....  
 MICROCITOS.....  
 MACROCITOS.....  
 ANISOCITOSE.....  
 ERITROBLASTO.....

OBSERVACOES: neutrofilia

META.....%  
 MIELO.....%  
 PROMIELO.....%  
 BLASTO.....%

GRAN TOXICAS.....\*

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Linfopenia  
Presença IG

Isabelle Farias  
 Biomedica  
 CRBM 08269

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA 2- VITROS 4600  
SEPAC

DOENTE: AGUINALDO JOSE TOR  
RES  
ID: 1682529  
ENDEREÇO: 719/3

MÉDICO:  
ID:  
ENDEREÇO:



DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

COMENTÁRIOS:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 123

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

COLHIDA EM: 28/6/2019 13:35:41

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 28/6/2019 13:29:47

HEMÓLISE (H): <15

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H I T	INTERVALOS
UREA	HI 50.78 mg/dL(A)		15.00-43.00
CREATININA	S/ RESULT.		
RESERVA ALCALINA	22 mmol/L		22-30

Fim Relatório

PÁG. 1

IMPRIMA DATA/HORA: 28/6/2019 13:35:41

Valores de Referência

Sódio (Na)	134	130-145 mmol/L
Potássio (K)	4.2	3.5-5.1 mmol/L
Cloro (Cl)	104	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180

LUCIANA SOARES  
CRBM -

# Relatório Resultados Amostra

06/25/2019 11:52:41

Serial Number 15071996  
SEPAC  
Instrument Model ACL TOP 300 CTS  
HOSPITAL DA RESTAURACAO

ID amostra:	1442638-74	Primeiro nome	AGUINALDO JOSE	ID Rack:	57
Tipo amostra	Paciente	Apelido	VERMELHA UT	ID Posição	4

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessário	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT-RP	12.4 s					06/25/2019 11:52:41	Validado
	85 %						
	1.10 INR						

RL  
MF

Isabelle Farias  
Biomedica  
CRBM 08269



HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA 2- VITROS 4600  
SEPAC

DOENTE: AGNALDO JOSE TORRES

MÉDICO:

ID: 1682529

ID:

ENDEREÇO: UT / VERM

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

COMENTÁRIOS:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 155

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

COLHIDA EM: 19/6/2019 12:31:59

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 19/6/2019 12:26:06

HEMÓLISE (H): <15

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H I T	INTERVALOS
UREA	HI 47.84 mg/dL (A)		15.00-43.00
CREATININA	0.79 mg/dL		0.50-1.30
RESERVA ALCALINA	24 mmol/L		22-30

Fim Relatório


PÁG. 1

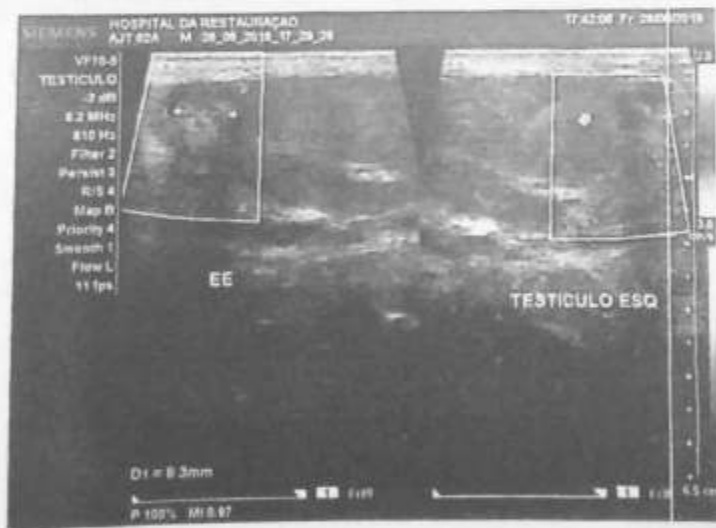
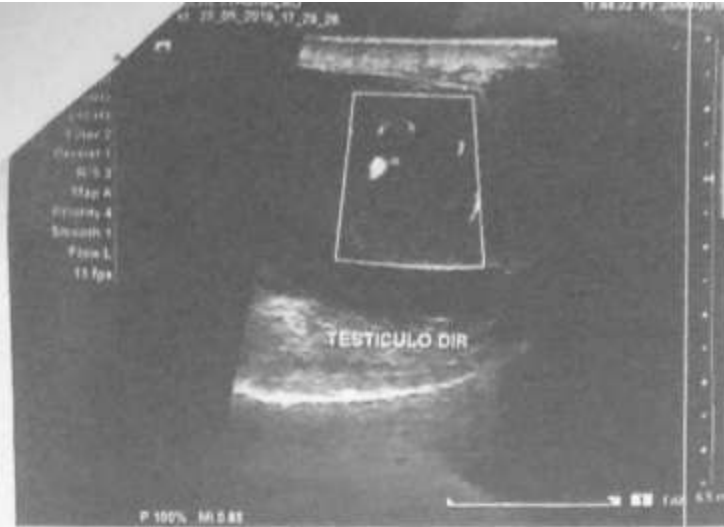
IMPRIMA DATA/HORA: 19/6/2019 12:31:59

Valores de Referência

Sódio (Na)	134	136-145 mmol/L
Potássio (K)	4.5	3.5-5.1 mmol/L
Cloro (Cl)	99	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180


  
MÔNICA FERREIRA  
CRBM 0608




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ESTATAL RUIRE



POLEGAR DIREITO



Aguiinaldo José Torres

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1.922.531 DATA DE EMISSÃO 11/12/2018

NOME << AGUIINALDO JOSÉ TORRES >>

TRACIAO << JOSÉ TORRES DA SILVA >>

<< MARIA IZABEL DA CONCEIÇÃO >>

NACIONALIDADE LATINA DOS GATOS PE

DOC ORIGEM << 072874 01 58 1970 1 00020 053 20/09/1956

EM 007 145.034-20

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 2.116 DE 20/06/63

REGISTRO  
GERAL

1.922.531

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

11/12/2013

NOME

<< AGUINALDO JOSÉ TORRES >>

FILIAÇÃO

<< JOSÉ TORRES DA SILVA >>

<< MARIA IZABEL DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE

LAGOA DOS GATOS - PE

DATA DE NASCIMENTO

20/09/1956

DOC. ORIGEM

<< 073874 01 55 1970 1 00028 053

0010995 XX LAGOA DOS GATOS PE >>

CPI

397 445.074-20

*Atestado de Legitimidade*

DESEJO AGUIAR RIBEIRO AGUIAR  
DESEJO AGUIAR RIBEIRO AGUIAR  
DESEJO AGUIAR RIBEIRO AGUIAR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

EC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO

*Aguiar de Jesus Soares*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE