



Assinado eletronicamente por: MAYLSON CARLOS FREITAS DO CARMO - 23/12/2019 12:22:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122312220734300000055017726>
 Número do documento: 19122312220734300000055017726



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1414076354

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! AGUINALDO JOSE TORRES	DATA DE VENCIMENTO 27/11/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 12/11/2019	CONTA CONTRATO 7034171062
ENDEREÇO RUA DONA ANA AURORA 14 A - ESTANCIA/RECIFE -50781-500 RECIFE PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 157,42	DATA DA APRESENTAÇÃO 20/11/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 30/09/2019 a 12/11/2019	CONSUMO 111	NÚMERO DA NOTA FISCAL 084533149	

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 22,73

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7034171062	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 157,42	VENCIMENTO 27/11/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838100000019 574200110077 034171062102 184031135932				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



República Federativa do Brasil

CARTORIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

Aguinaldo José Torres

MATRICULA:

073874 01 55 1970 1 00028 053 0010985 xx

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

vinete de setembro de mil novecentos e cinquenta e seis

DIA MÊS ANO
20 09 1956

HORA
2:00

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Lagoa dos Gatos-Pernambuco

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Lagoa dos Gatos-PE

LOCAL DE NASCIMENTO

No lugar Puro d/distrito

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

José Torres da Silva
Maria Izabel da Conceição

AVÓS

PATerno Pío Alves da Silva
Maria Cordeiro Torres Galindo

MATerno Adrião Lauriano da Silva
Izabel Maria da Conceição

GÊMEOS

não

NOME E MATRICULA DO(S) GÊMEO(S)

NÚMERO DA D.N.V.

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

dez de fevereiro de mil novecentos e sessenta

OBSERVAÇÕES/VERBAÇÕES

Ato lavrado no cartório do 1º distrito da Lagoa dos Gatos-sob o nº 10985, fls. 53v. do livro A-28.

CARTORIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS.

EULINA ALVES VIANA

LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO

RUA PROFESSOR MANOEL EDMUNDO, SN.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Lagoa dos Gatos, 14 de fevereiro de 2014.

Eulina Alves Viana
OFICIAL DESIGNADA

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO



CNPJ 04.704.139/0001-77
CARTORIO DO REGISTRO CIVIL
DISTRITO SEDE LAGOA DOS GATOS-PE
Eulina Alves Viana
Rua Prof. Manoel Edmundo, SN
CEP 55.450-000

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, QUANDO FOR EMPLACADO EM LUGAR DE DESTINO PARA A VALIDAÇÃO DESTE DOCUMENTO

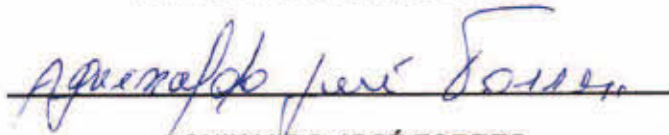
Estado de Pernambuco

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **AGUINALDO JOSÉ TORRES**, brasileiro, solteiro, aposentado, portador do CPF nº 397.445.074-20, e do RG nº 9.926.189, residente e domiciliado na Rua Dona Aurora, 14 A, Estância, Recife-PE, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Assina a presente declaração o detentor dos poderes outorgados pela procuração anexada aos autos.

Recife, 09 de dezembro de 2019.



AGUINALDO JOSÉ TORRES
397.445.074-20



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

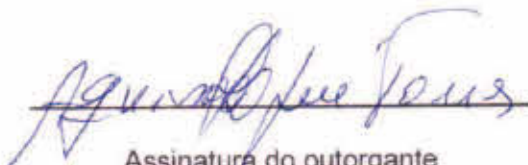
Outorgante: AGUINALDO JOSÉ TORRES, brasileiro, solteiro, aposentado, portador do CPF nº 397.445.074-20, e do RG nº 9.926.189, residente e domiciliado na Rua Dona Aurora, 14 A, Estância, Recife-PE, pelo presente instrumento, nomeio e constituo, meus procuradores.

Outorgados: BRUNO JOSÉ SOARES BARBOSA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o número 48.587, portador do cpf nº 086.717.784-52 e do RG nº 7.806.428; MAYLSON CARLOS FREITAS DO CARMO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o número 51.232, portador do cpf nº 106.301.584-79 e do RG nº 8.991.260 e PEDRO AUGUSTO DE OLIVEIRA VIEIRA DE SOUZA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o número 51.243, portador do cpf nº 097.991,014-50 e do RG nº 7.857.382, com escritório profissional na Av. Dr. José Rufino, nº 1407, sala 116, Areias, Recife-PE.

outorgando-lhes os poderes para o foro em geral, bem como os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para que, em qualquer juízo, instância ou tribunal, possa receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica em meu nome, nas formas previstas em lei, entre outros atos necessários ao cumprimento deste mandato.

Os poderes outorgados neste instrumento **poderão** ser substabelecidos.

Recife, 18 de setembro de 2019.



Assinatura do outorgante





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, 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

Pag. 0171501716 - carta_01 - INVALIDEZ

00020858

Carta nº 15162152





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 4020-1598 (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, 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

Pag. 00571/00572 - carta_31 - INVALIDEZ

000202086



Carta nº 15203935





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



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 ABULAMENTOS DISCAIS CERVICAIS, PORÉM PACIENTE SEM SINAIS CLÍNICOS DE MIELOPATIA CERVICAL. HOFFMAN AUSENTE, REFLEXOS VIVOS NÃO PATOLÓGICOS, SEM SINAIS PIRAMIDAIS - DISCUTIDO CASO EM VISITA DA COLUNA E OPTADO POR INVESTIGAÇÃO CLÍNICA DA POLINEUROPATIA SENSITIVA

REPOUSO POR 90 DIAS - CID 10 S063

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.

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





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 VAGENTE)
EMPRESA PROGRESSO (OUTRO)
AGUINALDO JOSÉ 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 no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
IZABEL DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 26/9/1956 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR FERNANDO SIMÕES BARBOSA, 64 - CEP:
55006-000 - Bairro: PACHECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**EMPRESA PROGRESSO (não presente no 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



AGUINALDO JOSÉ TORRES
(VITIMA)

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

13/08/2019 13:08



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 SUJEP 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: Estância 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BRADESCO
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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) ☐ 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 (vair 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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS**01 a 16** Registro de informações cadastrais

Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL**17** Nome completo do Representante Legal

Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.

18 CPF do Representante Legal

Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.

19 Profissão do Representante LegalPreencher com a profissão do representante legal.
No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):****Deverão ser representados:**

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS**20** Renda Mensal do Titular da conta

Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.

21 Dados bancários

Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE**22** Declaração de Ausência de Laudo do IML

Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.

MORTE**23 a 33** Declaração de Únicos Beneficiários

A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO**34** Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.

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

Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).

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

Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).

37 Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS**38** 1ª testemunha

Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.

39 2ª testemunha

Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO**40** Local e Data

Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.

41 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.

42 Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.

43 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1506 / Outras regiões: 0800-022-12-04 / Das 8h às 20h.
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias de semana, 24h: 0800-022-8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06
Ouvidoria: 0800-021-91-35





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



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA

Nome: AGUINALDO JOSE TORRES		Prontuário: 1682529	☒ ALTA
Idade: 62 Anos 9 Meses 10 Dias	Sexo: Masculino		☐ ÓBITO
Proc.:	Admissão no HR: 18/06/2019		☐ TRANSFERÊNCIA
Adm. Clínica:	Alta: 30/06/19		☐ 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 INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO ESTÁVEL, QUEIXA-SE DE DOR LOMBAR JÁ 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 COLUMA

EXAMES FÍSICO NA ALTA

EG REGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO
ACV- RCR EM 2T BNF 55
AR- MV + EM AHT SRA
ABD- SEMÍGLOBOZO, INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, RH+ +
EXT- SEM EDEMAS, PULSOS CHEIOS E SÍMETRICOS

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

Scanned by CamScanner



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 - CONTUSAO 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 ABALUMENTSO DISCAIS CERVICAIS, POREM PACIENTE SEM SINAIS CLINICOS DE MIELOPATIA CERVICAL. HOFFMAN AUSENTE, REFLEXOS VIVOS NAO PATOLOGICOS, SEM SINAIS PIRAMIDAIS- DISCUTIDO CASO EM VISITA DA COLUNA E OPTADO POR INVESTIGAÇÃO CLINICA DA POLINEUROATIA SENSITIVA

REPOUSO POR 90 DIAS- CID 10 S063

Encaminhado para:

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

Dr. Luiz Severo
Neurocirurgia
CRM: PE 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.

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

Scanned by CamScanner



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 - CONTUSAO 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 ABALULAMENTO DISCAIS CERVICAIS, POREM PACIENTE SEM SINAIS CLINICOS DE MIELOPATIA CERVICAL. HOFFMAN AUSENTE, REFLEXOS VIVOS NAO PATOLOGICOS, SEM SINAIS PIRAMIDAIS- DISCUTIDO CASO EM VISITA DA COLUNA E OPTADO POR INVESTIGAÇÃO CLINICA DA POLINEUROATIA SENSITIVA

REPOUSO POR 90 DIAS- CID 10 S063

Encaminhado para:

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

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.



Paciente : AGUINALDO JOSE TORRES
Registro : 01020231
Atendimento: 3994243

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EM 18/06/19, COM FRATURA DE CZO É 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
Dra. 
MAYLSON CARLOS FREITAS DO CARMO

Prestador: CAIO PADUA CARVALHO
CRM-28049

Soledade, 170, Boa Vista, 50.070-040 - Recife - Fone: (81) 3302.4300
Central de marcação de consulta: 81 3081.3030
sua doação: Telefone: (81) 3221.3008 - Internet: www.ricefav.com

Scanned by CamScanner



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 13:35:41

PRIORIDADE: **ROTINA**

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	136-145 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 -

Scanned by CamScanner

item.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

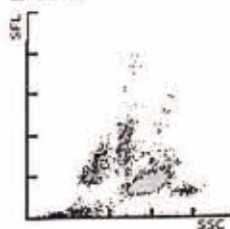
Amostra No.: 74
 ID DOENTE: 1442638
 Nome: AGUINALDO JOSE

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

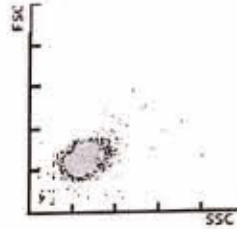
HEMOGRAMA

WBC	10.02	[10 ³ /uL]	
RBC	3.27	[10 ⁶ /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 ³ /uL]	
RDW-SD	45.2	[fL]	
RDW-CV	14.6	[%]	
MPV	9.4	[fL]	
NEUT	7.98 +	[10 ³ /uL]	79.6 + [%]
LYMPH	1.07	[10 ³ /uL]	10.7 - [%]
MONO	0.80 +	[10 ³ /uL]	8.0 [%]
EO	0.16	[10 ³ /uL]	1.6 [%]
BASO	0.01	[10 ³ /uL]	0.1 [%]

DIFF



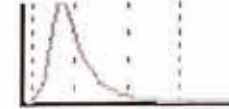
WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

IG 0.11 [10³/uL] 1.4 [%]

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO.03.....%
 SEGMENT.76.....%
 EOSIN.02.....%
 LINF.11.....%
 LINF ATIP.....%
 MONO.00.....%
 BASO.....%

SERIE VERMELHA

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

WBC-BF [10³/uL]
 RBC-BF [10⁶/uL]
 MN [10³/uL] [%]
 PMN [10³/uL] [%]
 TC-BF# [10³/uL]

OBSERVACOES: *neutrofilia*

META.....%
 MIELO.....%
 PROMIELO.....%
 BLASTO.....%
 GRAN TOXICAS.....*

WBC Mensagem IP

Linfopenia
Presença IG

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Isabelle Farias
 Biomedica
 CRBM 08269

Scanned by CamScanner

am
Item.

Relatório Resultados Amostra

06/25/2019 11:52:41

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

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 necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT-RP	12.4 s 85 % 1.10 INR					06/25/2019 11:52:41	Validado

RL
MF

Isabelle Farias
Biomedica
CRBM 08269

Page 1 of 1

Scanned by CamScanner



Item.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 147
 ID DOENTE: 1682529
 Nome: AGUINALDO JOSE TORRE

Rack: 2 Tubo: 4 19/06/2019 11:54:39
 Serviço: VERMELHA UT
 Data Nasc.:
 ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

WBC 18.82 $\times 10^3/uL$
 RBC 5.01 $\times 10^6/uL$
 HGB 16.0 g/dL
 HCT 44.4 %
 MCV 88.6 fL
 MCH 31.9 pg
 MCHC 36.0 g/dL
 PLT 183 $\times 10^3/uL$
 RDW-SD 42.7 fL
 RDW-CV 13.5 %
 MPV 9.9 fL
 NEUT 16.24 $\times 10^3/uL$
 LYMPH 1.38 $\times 10^3/uL$
 MONO 1.20 $\times 10^3/uL$
 EO 0.00 $\times 10^3/uL$
 BASO 0.00 $\times 10^3/uL$

IG 0.03 $\times 10^3/uL$

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO 03 %
 SEGMENT 84 %
 EOSIN 1 %
 LINF 03 %
 LINF ATIP 1 %
 MONO 06 %
 BASO 1 %

META 1 %
 MIELO 1 %
 PROMIELO 1 %
 G^r BLASTO 1 %
 GRAN TOXICAS 1 %

WBC Mensagem IP

Neutrofilia ✓
 Linfopenia ✓

Leucocitose ✓

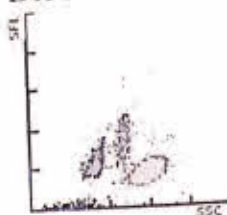
6.3 $\times 10^3/uL$
 7.3 $\times 10^3/uL$
 6.4 $\times 10^3/uL$
 0.0 $\times 10^3/uL$
 0.0 $\times 10^3/uL$

SERIE VERMELHA

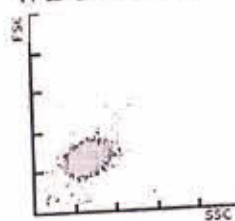
NORMOCITICA
 NORMOCROMICA
 MICROCITOS
 MACROCITOS
 ANISOCITOSE
 ERITROBLASTO

OBSERVACOES:

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

WBC-BF $\times 10^3/uL$
 RBC-BF $\times 10^6/uL$
 MN $\times 10^3/uL$
 PMN $\times 10^3/uL$
 TC-BF# $\times 10^3/uL$

Assinado eletronicamente por: MAYLSON CARLOS FREITAS DO CARMO - 23/12/2019 12:22:08
 https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912231222083060000055017738
 Número do documento: 1912231222083060000055017738

Scanned by CamScanner

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

Scanned by CamScanner



Item.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 83

Rack: 2

Tubo: 3

29/06/2019 11:09:38

ID DOENTE: 1682529

Serviço: 7 NORTE

Data Nasc.:

Sexo:

Nome: AGUINALDO JOSE TORRE /719/3

ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

WBC	9.65	[10 ³ /uL]	
RBC	3.16	[10 ⁶ /uL]	
HGB	9.9	[g/dL]	
HCT	29.2	[%]	
MCV	92.4	[fL]	
MCH	31.3	[pg]	
MCHC	33.9	[g/dL]	
PLT	224	[10 ³ /uL]	
RDW-SD	47.8	[fL]	
RDW-CV	14.9	[%]	
MPV	9.0	[fL]	
NEUT	8.03	[10 ³ /uL]	83.3 [%]
LYMPH	0.83	[10 ³ /uL]	8.6 [%]
MONO	0.66	[10 ³ /uL]	6.8 [%]
EO	0.13	[10 ³ /uL]	1.3 [%]
BASO	0.00	[10 ³ /uL]	0.0 [%]

IG 0.07 [10³/uL] 0.7 [%]

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO	0.2	[%]
SEGMENT	8.1	[%]
EOSIN	0.1	[%]
LINF	0.9	[%]
LINF ATIP		[%]
MONO	0.7	[%]
BASO		[%]

META	[%]
MIELO	[%]
PROMIELO	[%]
BLASTO	[%]

GRAN TOXICAS.....

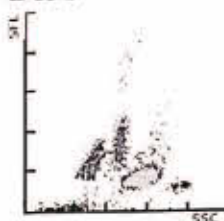
SERIE VERMELHA

NORMOCITICA	+
NORMOCROMICA	+
MICROCITOS	
MACROCITOS	
ANISOCITOSE	
ERITROBLASTO	

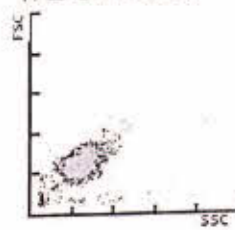
OBSERVACOES:

huc conservada
neutrofilia

DIFF



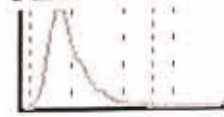
WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

WBC-BF	[10 ³ /uL]	
RBC-BF	[10 ⁶ /uL]	
MN	[10 ³ /uL]	[%]
PMN	[10 ³ /uL]	[%]
TC-BF#	[10 ³ /uL]	

WBC Mensagem IP

Linfopenia

RBC/RET Mensagem IP

Anemia

PLT Mensagem IP

Assinado eletronicamente por: MAYLSON CARLOS FREITAS DO CARMO - 23/12/2019 12:22:08
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912231222083060000055017738>
 Número do documento: 1912231222083060000055017738

SEPAC
Instrument Model
HOSPITAL DA RESTAURACAO

15071996
ACL TOP 300 CTS

ID amostra:	1682529-83	Primeiro nome	AGUINALDO JOSE	ID Rack:	57
Tipo amostra	Paciente	Apelido	719-3	ID Posição	5

Cód Teste
PT-RP

Resultados
12.4 s
85 %
1.10 INR

Tipo
Rerun
Rerun
necessario
Flag

Completo Data & Hora
06/29/2019 11:53:32

Validado
Validado

(Handwritten signature)
Cód Teste: 1682529-83
Data: 06/29/2019
Hora: 11:53:32



Item.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 114

Rack: 1

Tubo: 10 28/06/2019 12:21:00

ID DOENTE: 1682529

Serviço: 7 NORTE

Data Nasc.:

Sexo:

Nome: AGUINALDO JOSE TORRE /719/3

ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

WBC	9.37	[10 ³ /uL]	
RBC	3.16	[10 ⁶ /uL]	
HGB	10.0	[g/dL]	
HCT	29.6	[%]	
MCV	93.7	[fL]	
MCH	31.6	[pg]	
MCHC	33.8	[g/dL]	
PLT	222	[10 ³ /uL]	
RDW-SD	49.3	[fL]	
RDW-CV	15.2	[%]	
MPV	9.4	[fL]	
NEUT	7.63	[10 ³ /uL]	81.4 [%]
LYMPH	0.97	[10 ³ /uL]	10.4 [%]
MONO	0.66	[10 ³ /uL]	7.0 [%]
EO	0.10	[10 ³ /uL]	1.1 [%]
BASO	0.01	[10 ³ /uL]	0.1 [%]

IG 0.06 [10³/uL] 0.6 [%]

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO.....%
 SEGMENT.....%
 EOSIN.....%
 LINF.....%
 LINF ATIP.....%
 MONO.....%
 BASO.....%

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

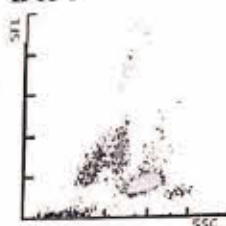
GRAN TOXICAS.....

SERIE VERMELHA

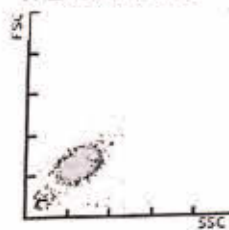
NORMOCITICA.....
 NORMOCROMICA.....
 MICROCITOS.....
 MACROCITOS.....
 ANISOCITOSE.....
 ERITROBLASTO.....

OBSERVACOES:

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

WBC-BF [10³/uL]
 RBC-BF [10⁶/uL]
 MN [10³/uL] [%]
 PMN [10³/uL] [%]
 TC-BF# [10³/uL]

WBC Mensagem IP
 Linfopenia

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Assinado eletronicamente por: MAYLSON CARLOS FREITAS DO CARMO - 23/12/2019 12:22:08
 https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122312220851300000055017739
 Número do documento: 19122312220851300000055017739

Scanned by CamScanner

Relatório Resultados

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

ID amostra:	1682529-114	Primeiro nome	AGUINALDO J. TORRES	ID Rack:	59
Tipo amostra	Paciente	Apelido	719-3	ID Posição	2

Cód Teste	Resultados
APTT-SP	27.9 s
	1.06 Ratio
PT-RP	12.2 s
	88 %
	1.08 INR

Tipo	Rerun	Rerun necessario	Flag
------	-------	---------------------	------

Completo Data & Hora

06/28/2019 13:59:39

Validado

Validado

06/28/2019 13:56:22

Validado

M

JR

Dr. Claudio Moreira
Farmacologia Biológica
CRF-PE-0051



Item.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 88

Rack: 1 Tubo: 8 06/07/2019 11:53:53

ID DOENTE: 1682529

Serviço: 5 NORTE

Nome: AGUINALDO JOSE TORRE /511/7

Data Nasc.:

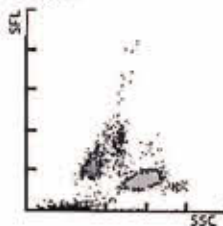
Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

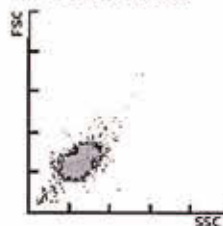
HEMOGRAMA

WBC	8.60	[10 ³ /uL]	
RBC	3.50	[10 ⁶ /uL]	
HGB	11.1	[g/dL]	
HCT	33.4	[%]	
MCV	95.4	[fL]	
MCH	31.7	[pg]	
MCHC	33.2	[g/dL]	
PLT	468	+ [10 ³ /uL]	
RDW-SD	56.6	+ [fL]	
RDW-CV	16.9	+ [%]	
MPV	8.7	- [fL]	
NEUT	6.65	[10 ³ /uL]	77.4 + [%]
LYMPH	1.31	[10 ³ /uL]	15.2 - [%]
MONO	0.54	[10 ³ /uL]	6.3 [%]
EO	0.09	[10 ³ /uL]	1.0 [%]
BASO	0.01	[10 ³ /uL]	0.1 [%]
IG	0.03	[10 ³ /uL]	0.3 [%]

DIFF



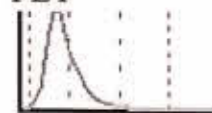
WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO	1	1	%
SEGMENT	1	1	%
EOSIN	1	1	%
LINF	1	1	%
LINF ATIP	1	1	%
MONO	1	1	%
BASO	1	1	%

META	1	%
MIELO	1	%
PROMIELO	1	%
BLASTO	1	%

GRAN TOXICAS

SERIE VERMELHA

NORMOCITICA	1
NORMOCROMICA	1
MICROCITOS	1
MACROCITOS	1
ANISOCITOSE	1
ERITROBLASTO	1

WBC-BF

[10³/uL]

RBC-BF

[10⁶/uL]

MN

[10³/uL]

PMN

[10³/uL]

TC-BF#

[10³/uL]

[%]

[%]

OBSERVACOES:

WBC Mensagem IP
Linfopenia

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP
Trombocitose

VSH: 43 mm em 1ª hora.

Jra. Clécida Monteiro
Farmacêutica Bioquímica
CRF-PE-0951

07/06/2019 14:23:18

ACL TOP 300 CTS

HOSPITAL DA RESTAURACAO

ID amostra:	1682529-88
Tipo amostra	Paciente

Primeiro nome	AGUINALDO JOSE TORRE
Apelido	511-7

ID Rack:	57
ID Posição	7

Cód Teste	Resultados
APTT-SP	29.2 s
	1.11 Ratio
PT-RP	12.3 s
	87 %
	1.09 INR

Tipo	Rerun	Rerun necessa	Flag
------	-------	------------------	------

Completo Data & Hora	Validado
07/06/2019 14:20:33	Validado
07/06/2019 14:23:18	Validado

Validado
Validado

Validado

Dr. N. A. ...

Page 1 of 1

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: MAYLSON CARLOS FREITAS DO CARMO - 23/12/2019 12:22:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122312220851300000055017739>
 Número do documento: 19122312220851300000055017739

Num. 55923203 - Pág. 5



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

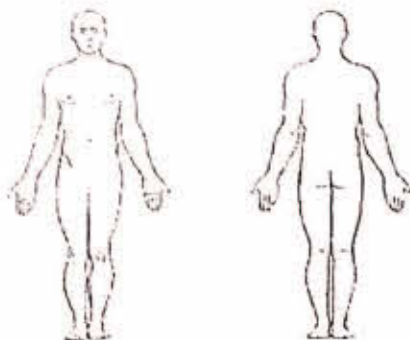
CIRURGIA GERAL 01/07/19PACIENTE: Aquinaldo José Torres REG: _____ LEITO: 719-3
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

ESTADO GERAL

Bom ()	Febril ()	AP. Respiratório:	Acesso venoso:
Regular ☒	Afebril ☒	Eupnéico ☒	Periférico ☒ SIM () NÃO <u>mse</u>
Comprometido ()	Normocorado ☒	Dispneico ()	AVC: () SIM () NÃO
Grave ()	Hipocorado ()	TOT ()	S/ acesso: ()
Comatoso ()	Acianótico ☒	TQT ()	
Sedado ml/h ()	Cianótico ()		Pele:
Consciente ☒	Anictérico ☒	Oxigenioterapia:	Íntegra: ☒ SIM () NÃO
Orientado ☒	Ictérico ()	Cateter de O ₂ ()	Lesionada: () SIM ☒ NÃO
Desorientado ()		Venturi %	Úlcera de decúbito: () SIM ☒ NÃO
		Venti. mecânica ()	Localização: _____
			Estágio: _____

Dieta:	Eliminações fisiológicas:
Dieta zero: () VO: ☒ NPT ()	Eliminações intestinais:
SNG: () Aberta: () Aspecto: _____	Presentes ()
Fechada: ()	Ausente: <u>5</u> Dias
SNE: () Fechada: ()	Ostomia ()
Gastrostomia: ()	Diurese:
	Espontânea ☒ DU: ()
	Cateterismo intermitente ()
	SVD: aspecto _____
	Cistostomia ()

FERIDA OPERATÓRIA:



Cirurgias:
Drenagem Torácica: () Direito () Esquerdo ()
Aspecto: _____
Região Abdominal ()
Videolaparoscopia ()
Dreno cavitário ()
Penrose ()
Polivinil ()
A Vácuo ()
Jackson Pratt ()
Dreno biliar ()
Outros: _____

EXAMES REALIZADOS: _____

_____

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

DOENTE: AGUINALDO JOSE TOR
RES
ID: 1682529
ENDEREÇO: 511/7

MÉDICO:
ID:
ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:
IDADE:
QUARTO:
ID DA AMOSTRA: 114
COLHIDA EM: 6/7/2019 12:57:13

COMENTÁRIOS:
PRIORIDADE: **ROTINA**
FLUIDO: Soro
DATA/HORA INÍCIO TESTE: 6/7/2019 12:48:10

HEMÓLISE (H): <15 ICTERUS (I): <2 TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H I T	INTERVALOS
UREA	HI 47.98 mg/dL(A)		15.00-43.00
CREATININA	LO 0.47 mg/dL		0.50-1.30
RESERVA ALCALINA	LO 21 mmol/L		22-30
ALT CALCIO	LO 8.2 mg/dL		8.4-10.2
ALT MAGNESIO	1.79 mg/dL		1.60-2.30
FOSFATASE ALCALINA	HI 159 U/L		38-126
AST - TGO	27 U/L		15-59
ALT	27 U/L		0-50
ALBUMINA	LO 3.05 g/dL		3.50-5.00
PCR	HI 1.87 mg/dL		0.00-1.00

Fim Relatório

PÁG. 1

IMPRIMA DATA/HORA: 6/7/2019 12:57:13

Valores de Referência

Sódio (Na)	133	136-145 mmol/L
Potássio (K)	4,6	3,5-5,1 mmol/L
Cloro (Cl)	103	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180

Yara Vicente
CRBM 0483

Scanned by CamScanner



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

DOENTE: AGUINALDO JOSE
TORRES
ID: 1442638
ENDEREÇO: UT/VERM

MÉDICO:
ID:
ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 59

COLHIDA EM: 25/6/2019 10:18:44

COMENTÁRIOS:

PRIORIDADE: **ROTINA**

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 25/6/2019 10:12:34

HEMÓLISE (H): <15		ICTERUS (I): <2		TURBIDEZ (T): <20		
ENSAIO		RESULTADO		H I T		INTERVALOS
GLICOSE		HI	277.1	mg/dL		70.0-99.0
UREA		HI	53.57	mg/dL(A)		15.00-43.00
CREATININA		LO	0.40	mg/dL		0.50-1.30
RESERVA ALCALINA			24	mmol/L		22-30
AST - TGO			18	U/L		15-59
ALT			25	U/L		0-50

Fim Relatório

PÁG. 1

IMPRIMA DATA/HORA: 25/6/2019 10:18:44

Valores de Referência

Sódio (Na)	133	136-145 mmol/L
Potássio (K)	4.0	3.5-5.1 mmol/L
Cloro (Cl)	103	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180


Roberta M. Cardoso
CRBM - 0302

Scanned by CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Nome do Paciente		Nº Atualização	Nº Inscrição
AGUIRALDO JOSE TORRES		1441022	1682529
Sexo	Estado Civil	Data do Nascimento	Endereço
Masculino		20/09/1956	511-7

Motivo

RISCO CIRURGICO

Paciente negro com comorbidades,
oligo hem DM, hepatite B
HIV (+)

Especialidades: cardiologia
celulares

Recife, 05, JULHO, 2019

Hora: 16:50

ULYSSEIO SANTOS DE MORAES FERREIRA - CRM: 1775751

Médico/CRM

Assinatura Físico
alt significativas

lab - 06/07 - OK

ECA - Ritmo sinusal

Realizar Eco

08/07/19

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.050-900
Fones (0XX)81 - 3181-5410

Scanned by CamScanner

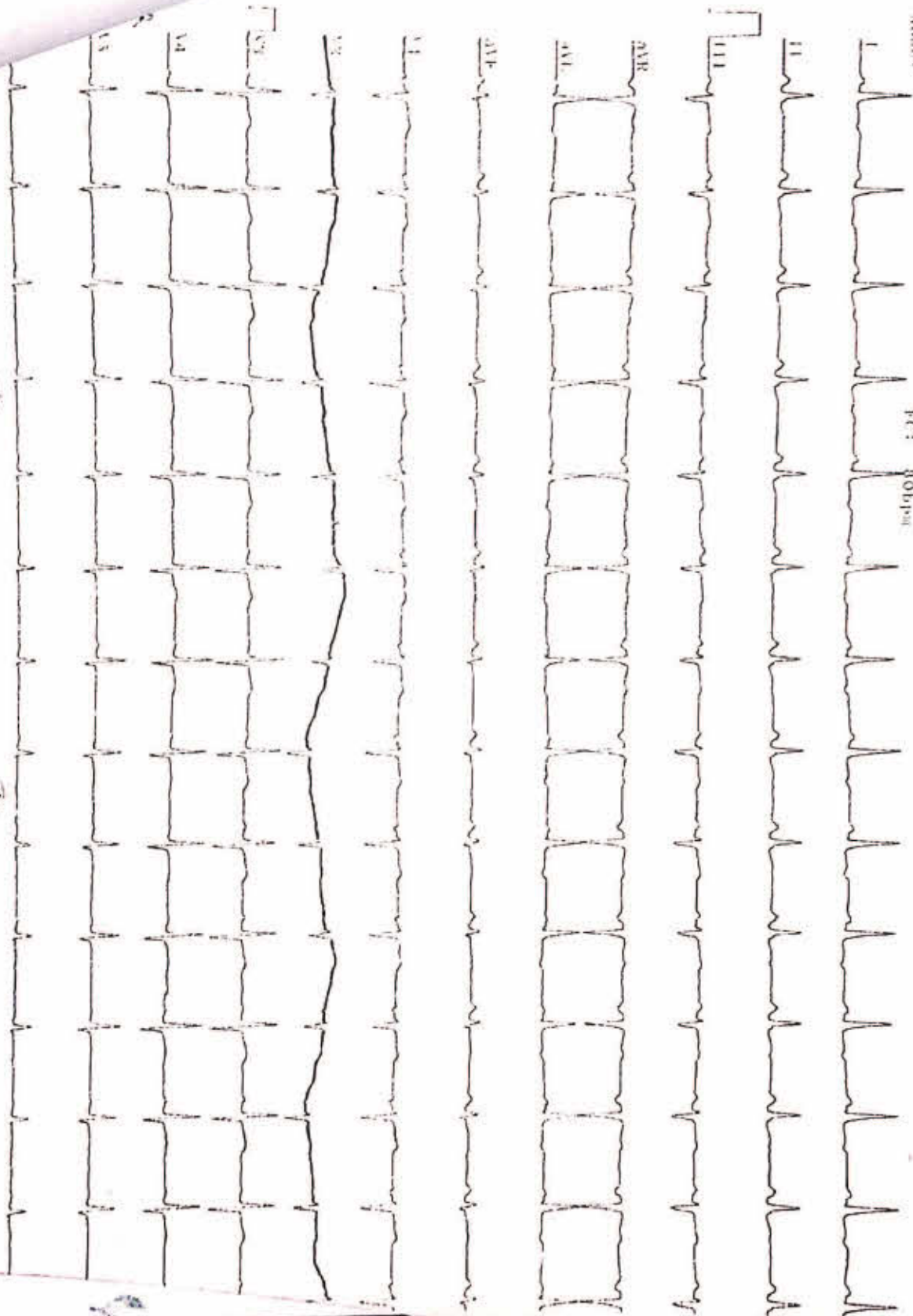
2019-07-07 09:32:16

Monitorização de 12 Canais

Hospital:
Confirmando por:

ID:
Nome:

EC: 80 bpm



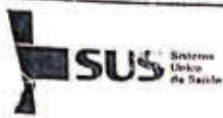
10Hz

I-II-III-aVR-aVL-aVF-V1-V2-V3-V4-V5-V6

ECG 2000 Vers. 08K.30 Blomel Co., Ltd.

Scanned by CamScanner





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 do José Torres

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1682529

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

Scanned by CamScanner

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: Norte

COMENTÁRIOS:

IDADE:
QUARTO:

SEXO:

ID DA AMOSTRA: 123

PRIORIDADE: **ROTINA**

COLHIDA EM: 28/6/2019 18:15:43

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.		
PESERVA ALCALINA	22 mmol/L		22-30

Fim Relatório

PÁG. 1

IMPRIMA DATA/HORA: 28/6/2019 18:15:43

Valores de Referência

Sódio (Na)	134,0	136-145 mmol/L
Potássio (K)	4,2	3,5-5,1 mmol/L
Cloro (Cl)	104,0	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180

LUCIANA SOARES

CRBM

Scanned by CamScanner

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:

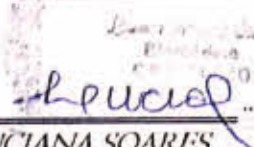
DATA DE NASCIMENTO:
IDADE:
QUARTO:
ID DA AMOSTRA: 123
COLHIDA EM: 28/6/2019 16:23:40
COMENTÁRIOS:
PRIORIDADE: **ROTINA**
FLUIDO: Soro
DATA/HORA INÍCIO TESTE: 28/6/2019 16:18:20

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


LUCIANA SOARES
CRBM -

Scanned by CamScanner



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:

COMENTÁRIOS:

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
GLICOSE	HI 289.6 mg/dL	70.0-99.0
UREA	34.49 mg/dL(A)	15.00-43.00
CREATININA	LO 0.44 mg/dL	0.50-1.30
RESERVA ALCALINA	22 mmol/L	22-30
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
GGT	HI 162 U/L	12-73
POSFATASE 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)	136-145 mmol/L
Potássio (K)	3,5-5,1 mmol/L
Cloro (Cl)	97-111 mmol/L

Realizado no AVL 9180

Roberta M. Cardoso
CRBM - 0302

Scanned by CamScanner

18:35h

PACIENTE: Aguiar do José tones

IDADE: 624

EXAME:

DATA DO EXAME: 28/06/19

REGISTRO: 1682529

719/03

7º NCG

UPD: tranquia

LAUDO RADIOLÓGICO

Vs Bóla escrotal com Doppler.

contusa por
atropelamento
+ Hérnia in-
guinal à dir
+ hematoma
de Bóla es-
crotal.

O estudo ecográfico da região ingui-
no escrotal direita mostra passagem
de alça não redutível para a bolsa escrotal
direita com presença de fluxo nas alças
ao color Doppler. Notando-se orifício in-
guinal em torno de 1,4 cm.

Observamos testículo direito rechaçado para
baixo na BEE pela volumosa imagem
húmnica a cápsula 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 anatômico e EG aumentado de volume.

Dr(a): TD med $4,0 \times 2,1 \times 2,4$ cm / Vol $13,4$ cm³

TE med $4,2 \times 2,4 \times 2,8$ 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
+ Orquidodinia direita? + Hidrocele heteroge-
nea à direita + Pequena hidrocele à esquerda.

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: AGUINALDO JOSE TORRES	PRONTUÁRIO: 1662529	ATENDIMENTO: 01443822
DATA DE NASCIMENTO: 20/09/1956	FOI ATENDIDO EM: Às	
	DATA DA ALTA: 30/06/2019 ÀS 12:40	

Diagnóstico Provável:

- 1- POLITRAUMA
- 2- HEMOPNEUMOTÓRAX À ESQUERDA

Tratamento Realizado:

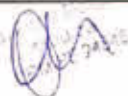
1 DTFE 27/06/2019

Observação:

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DR. JOÃO PAULO DIA 11/07/19 ÀS 10H

LUCAS CASE FERRAZ - CRM: N° 27678



Recife, 30, JUNHO, 2019

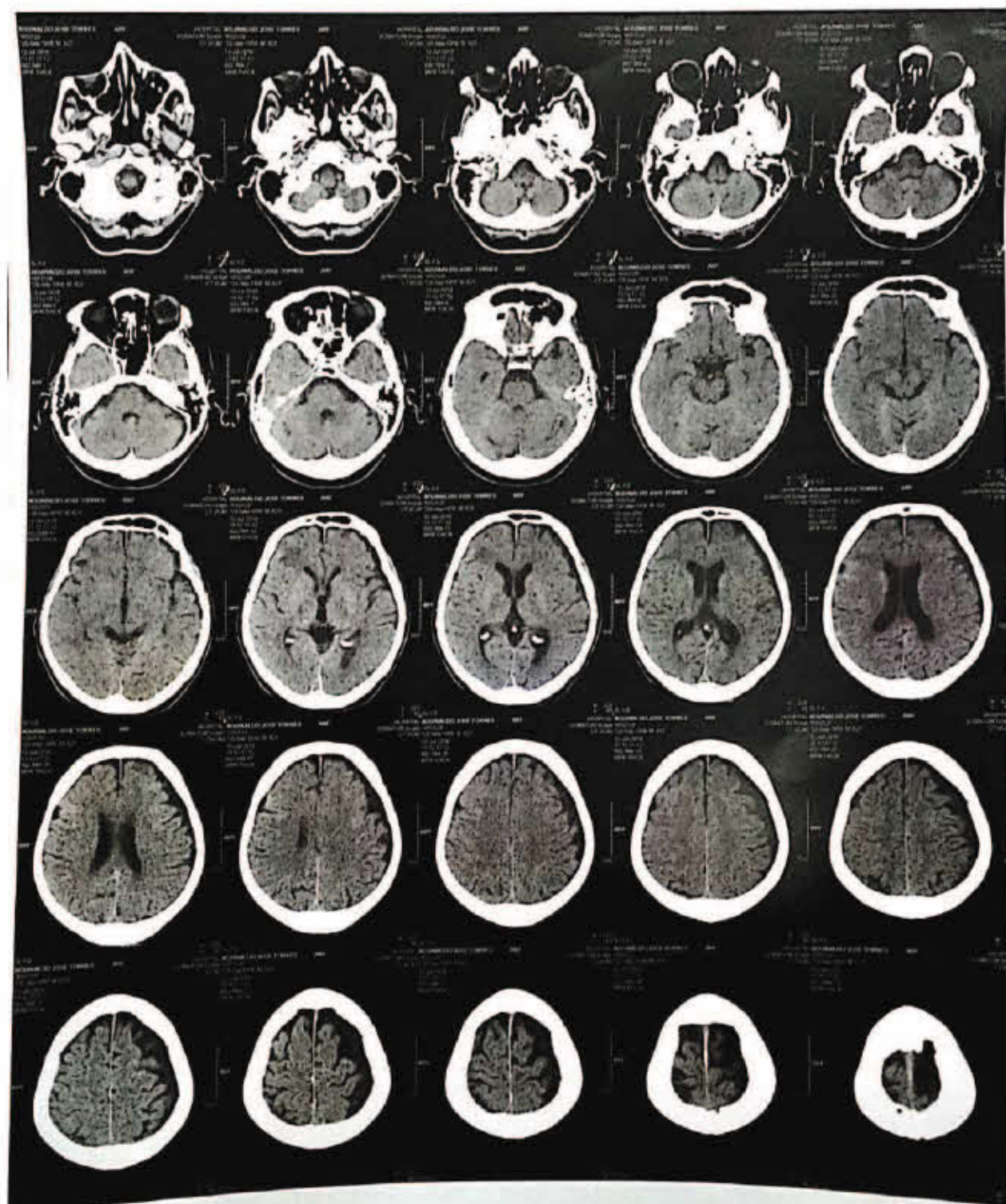
ATENÇÃO:

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 N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco

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

Scanned by CamScanner

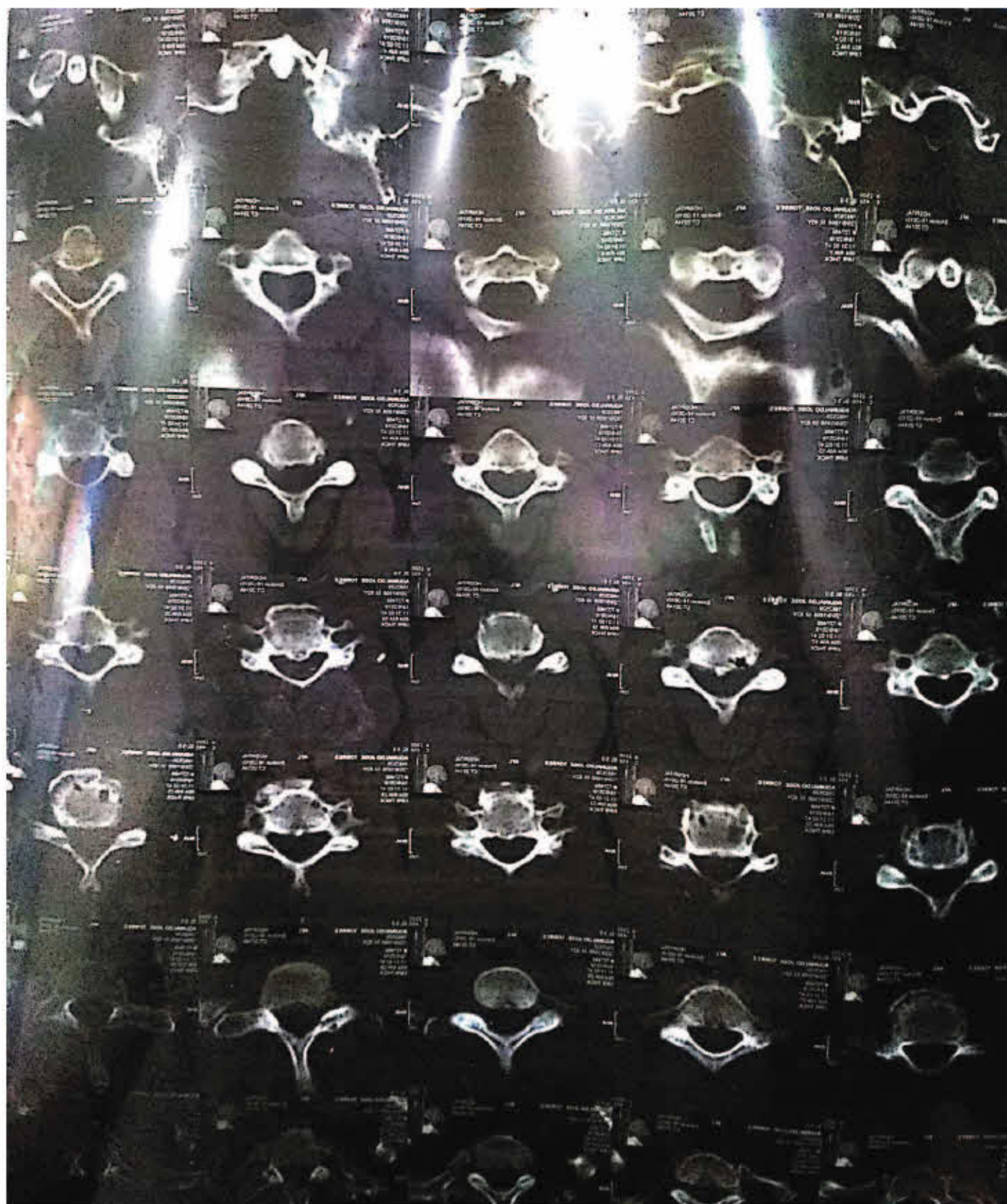




Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

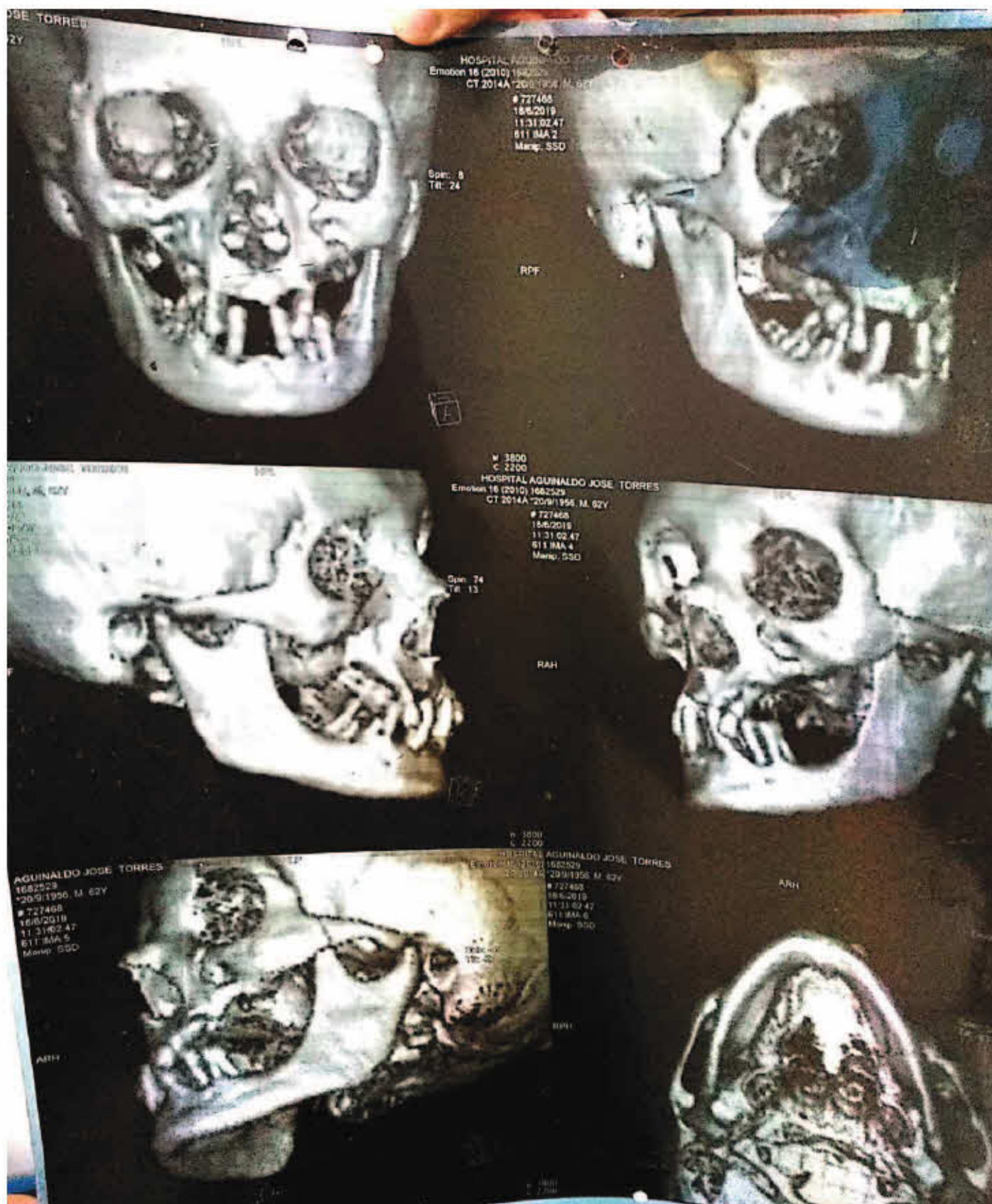
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





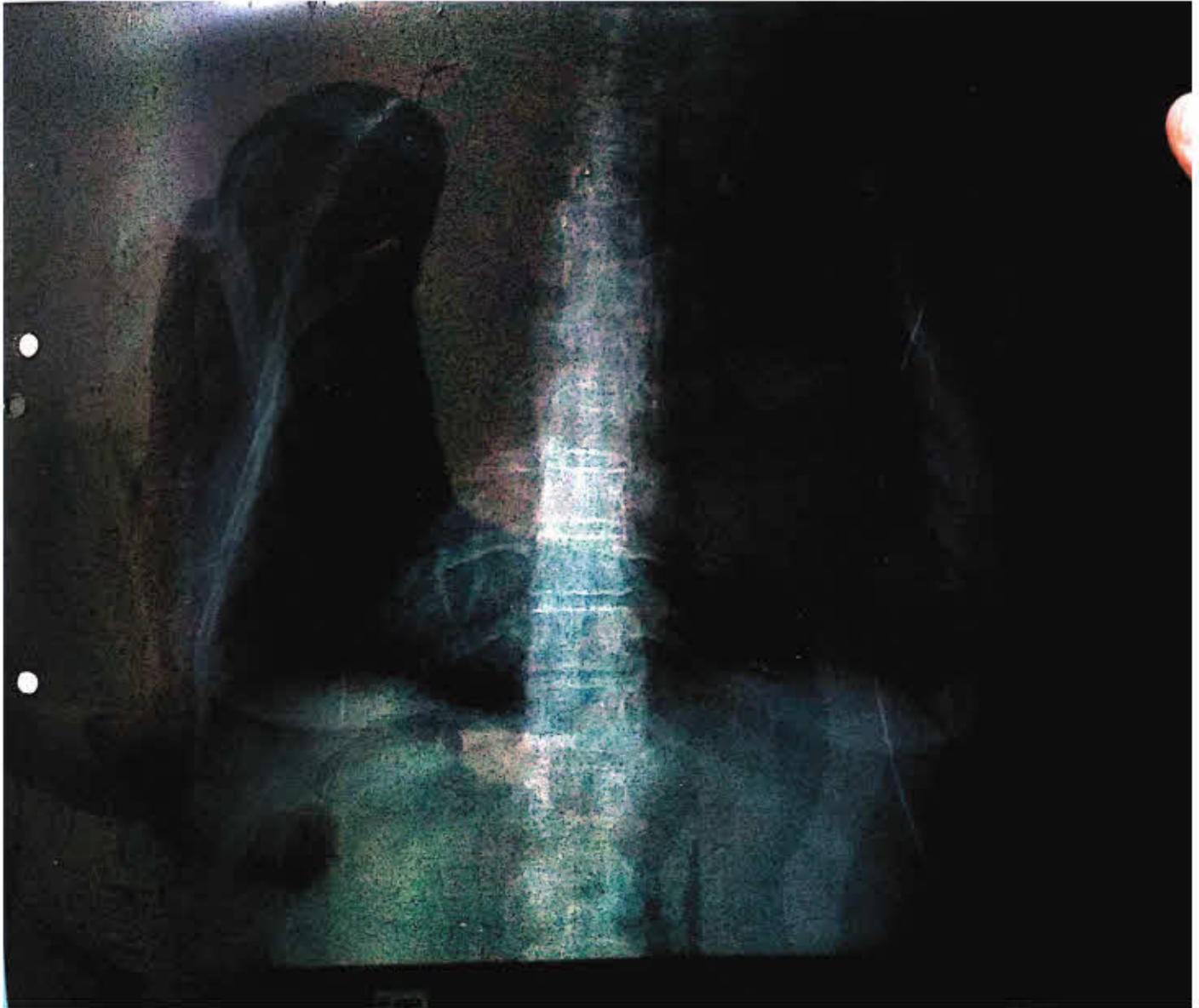
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



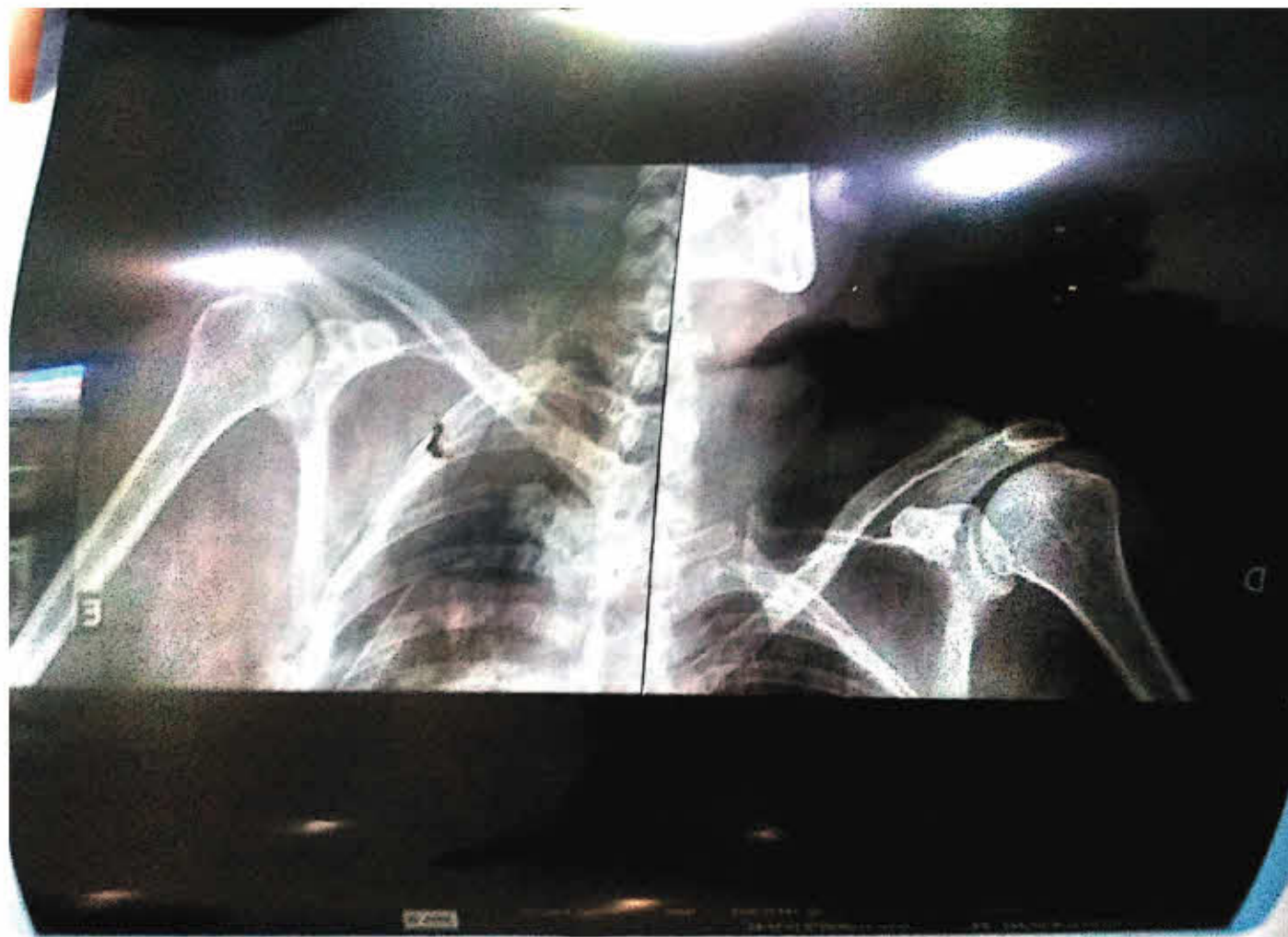


Scanned by CamScanner



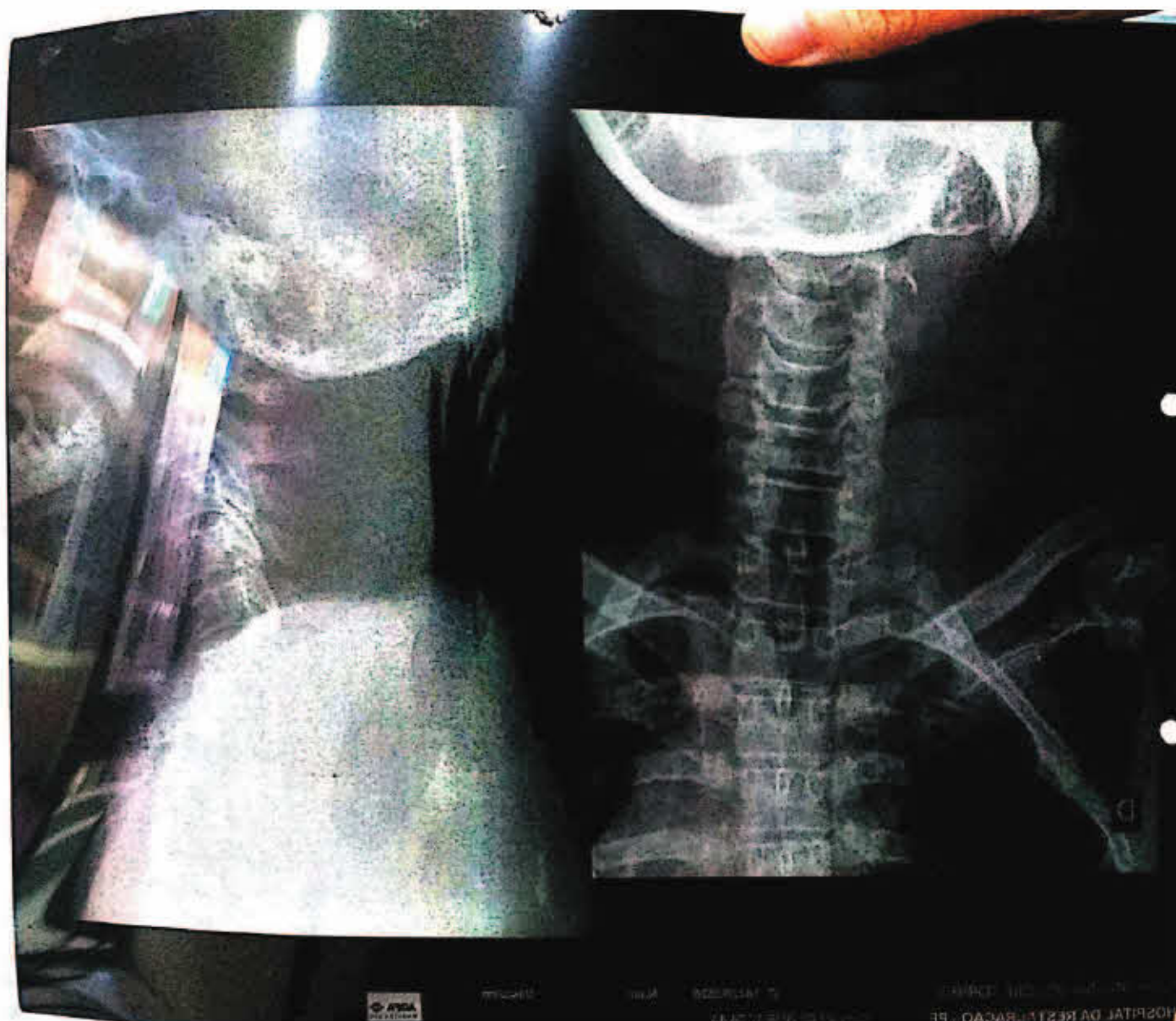
Assinado eletronicamente por: MAYLSON CARLOS FREITAS DO CARMO - 23/12/2019 12:22:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122312220913200000055017751>
Número do documento: 19122312220913200000055017751

Num. 55923215 - Pág. 2



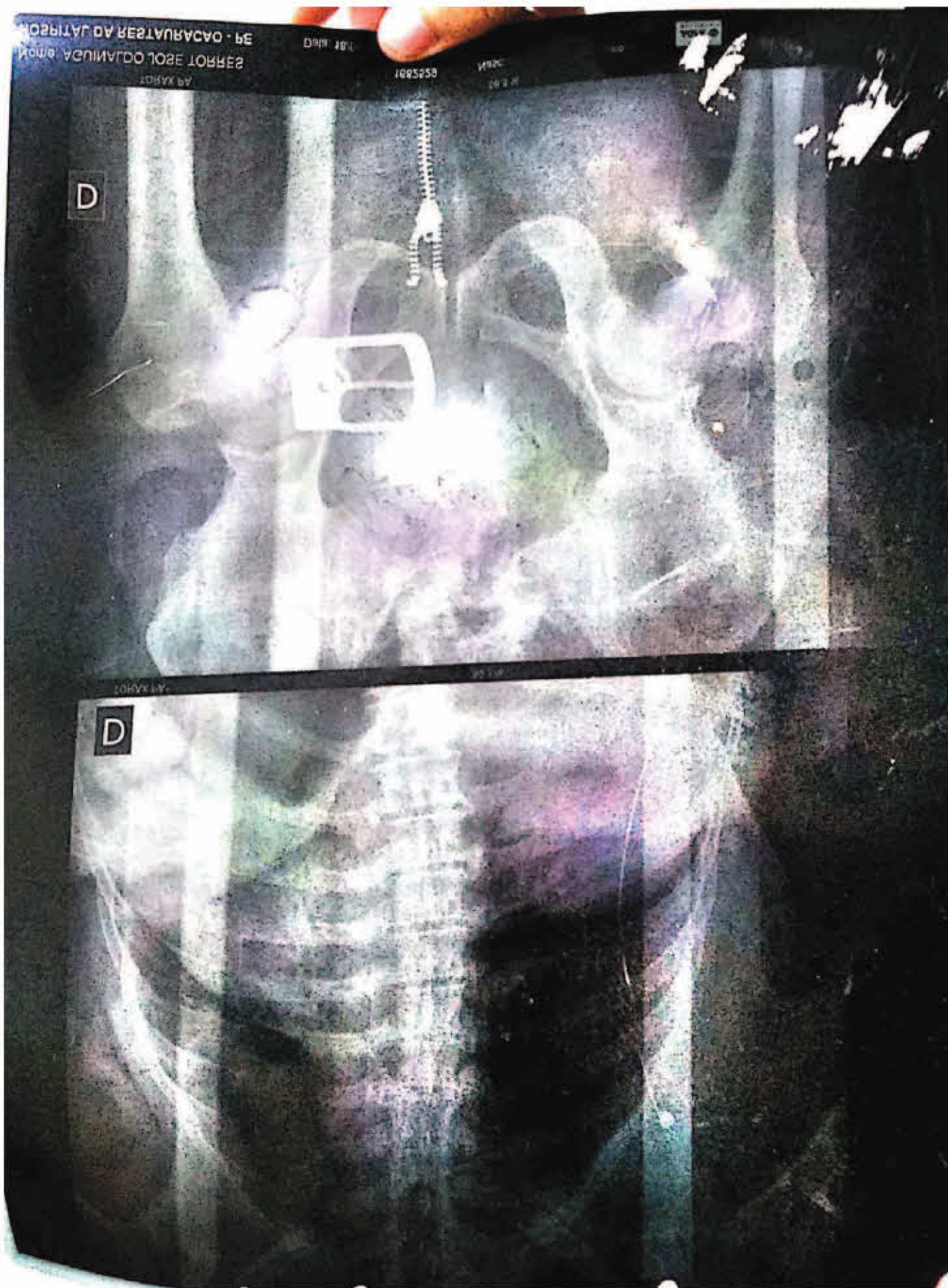
Scanned by CamScanner





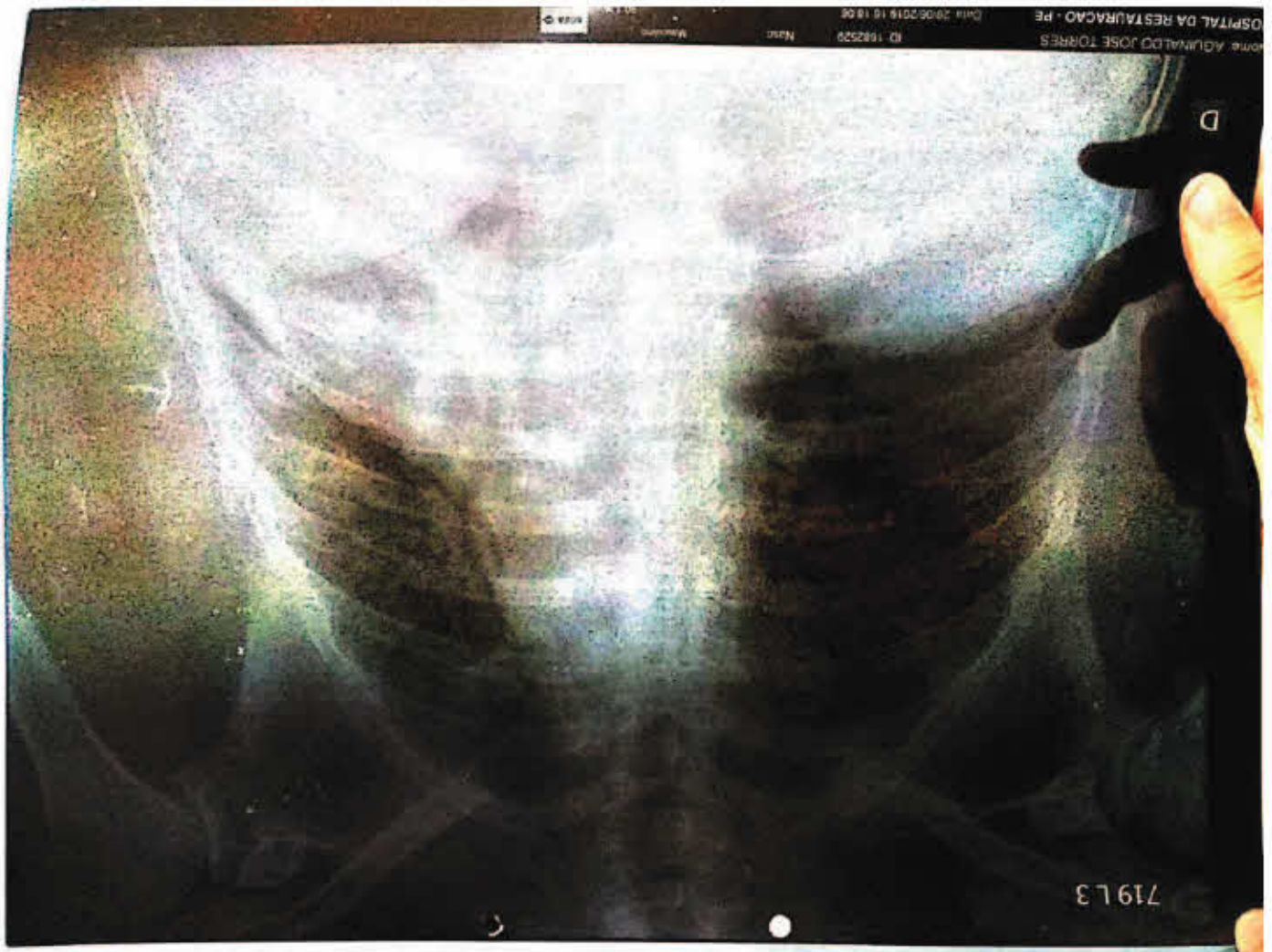
Scanned by CamScanner





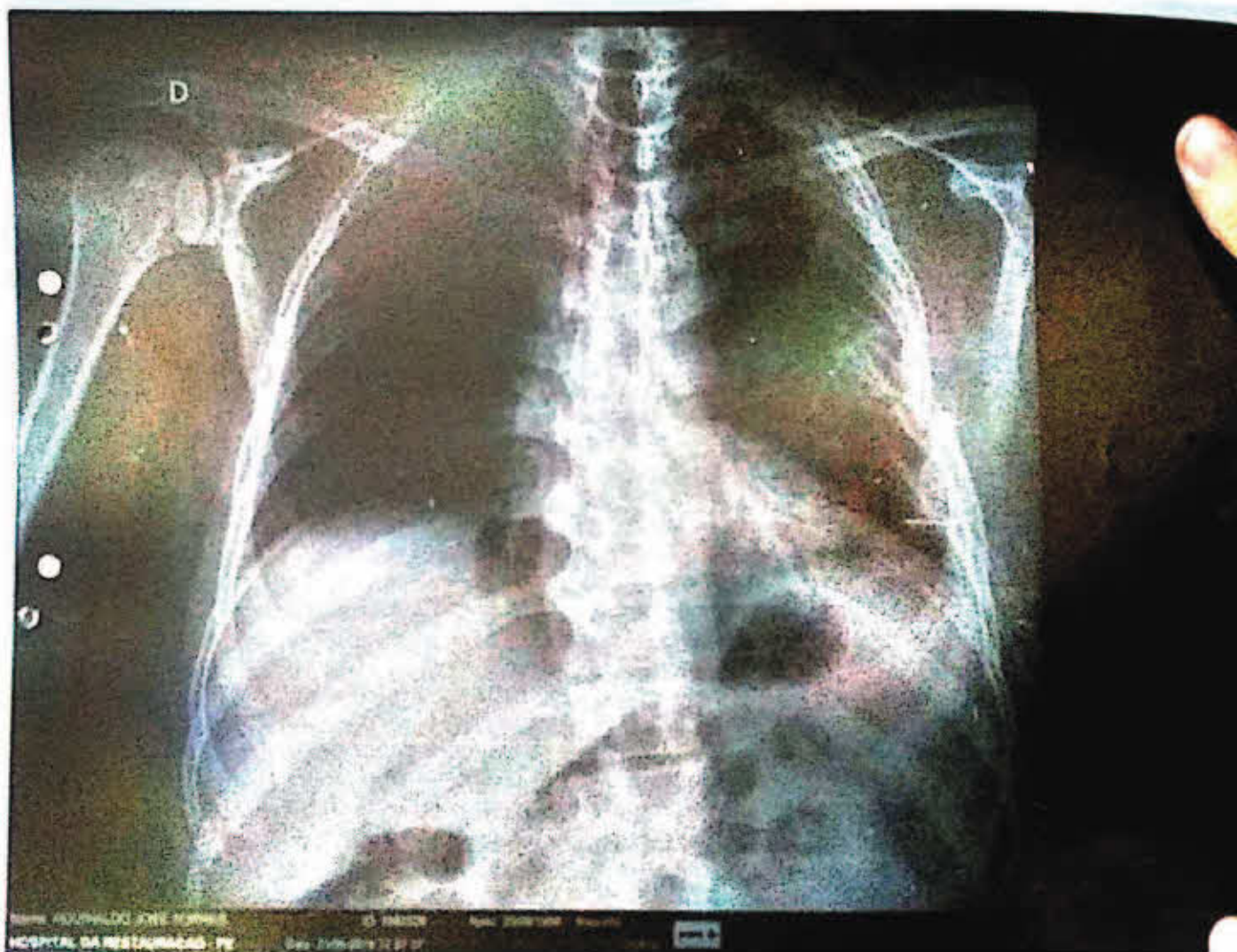
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



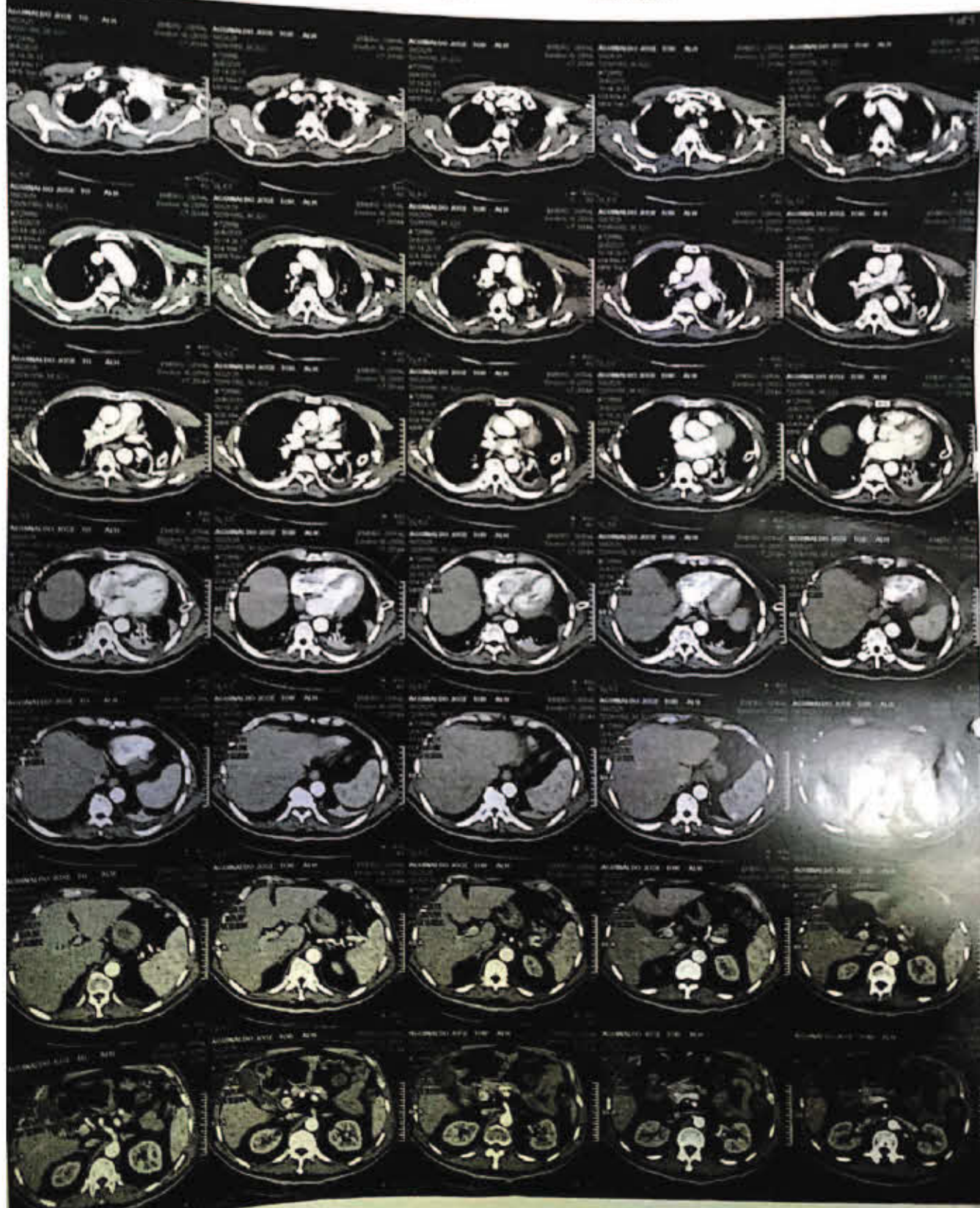


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: MAYLSON CARLOS FREITAS DO CARMO - 23/12/2019 12:22:09
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122312220929000000055017752>
Número do documento: 19122312220929000000055017752

Num. 55923216 - Pág. 4



Asaphes, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 72010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned by CamScanner

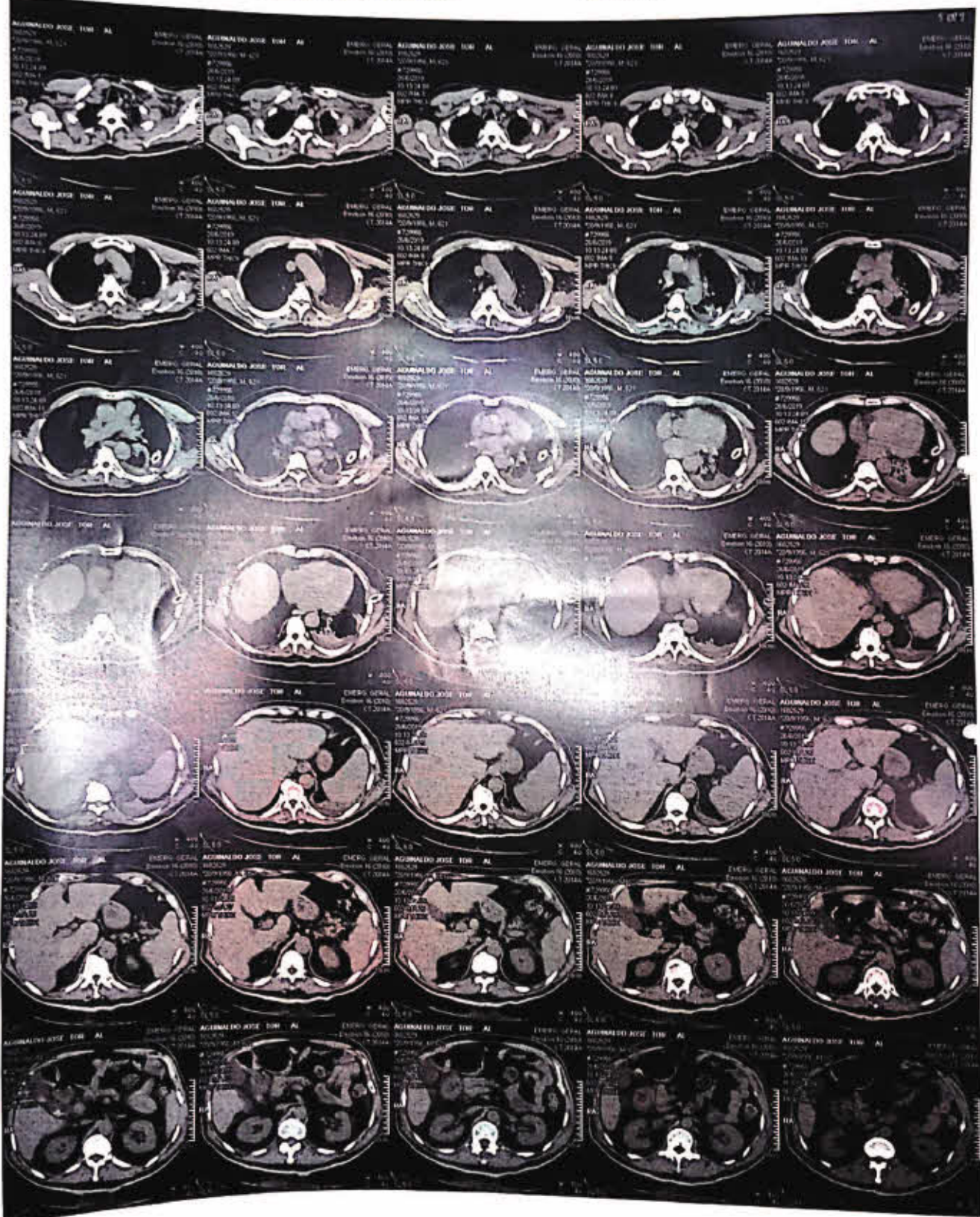




Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned by CamScanner

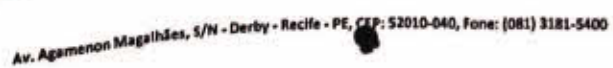




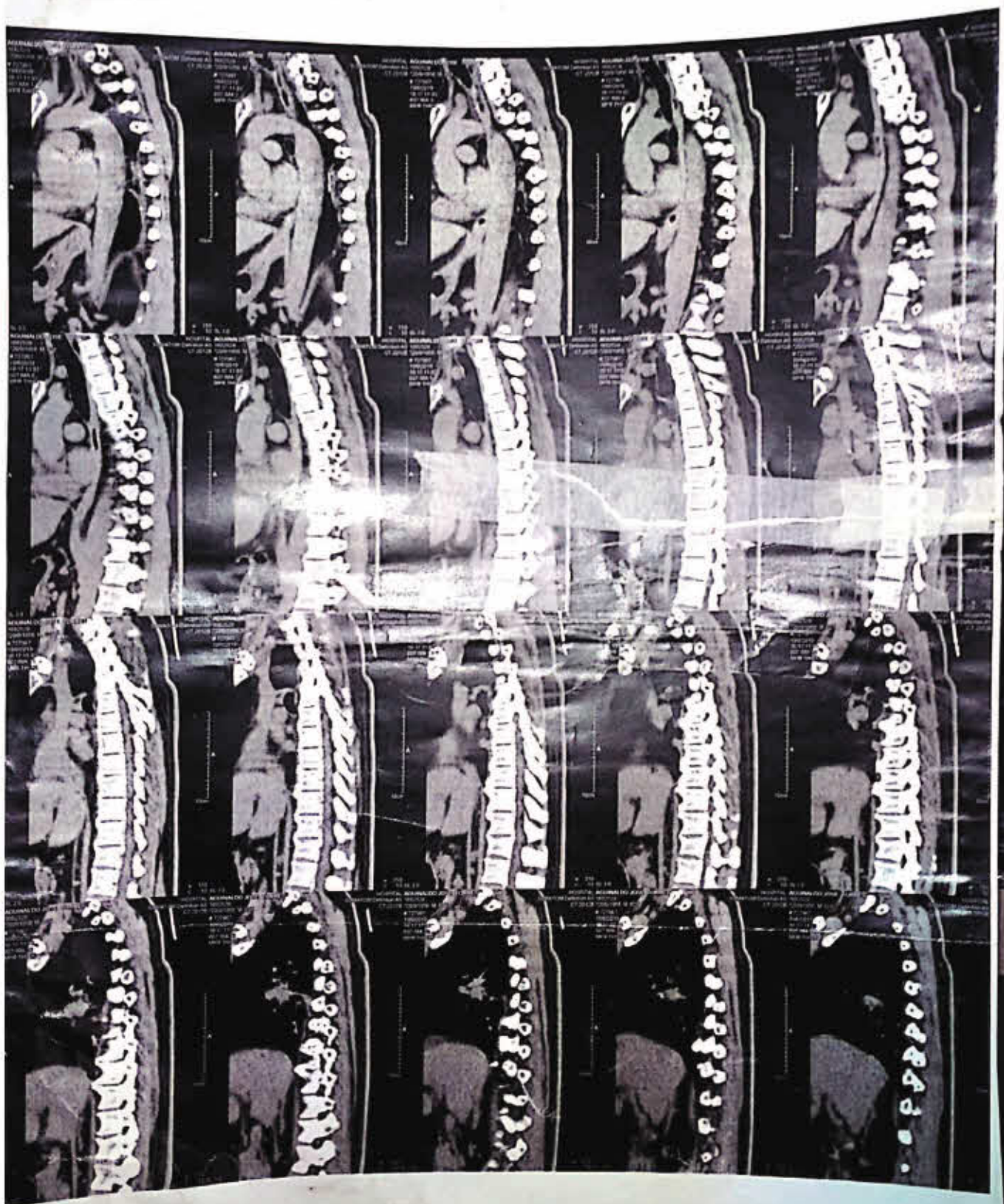
Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned by CamScanner





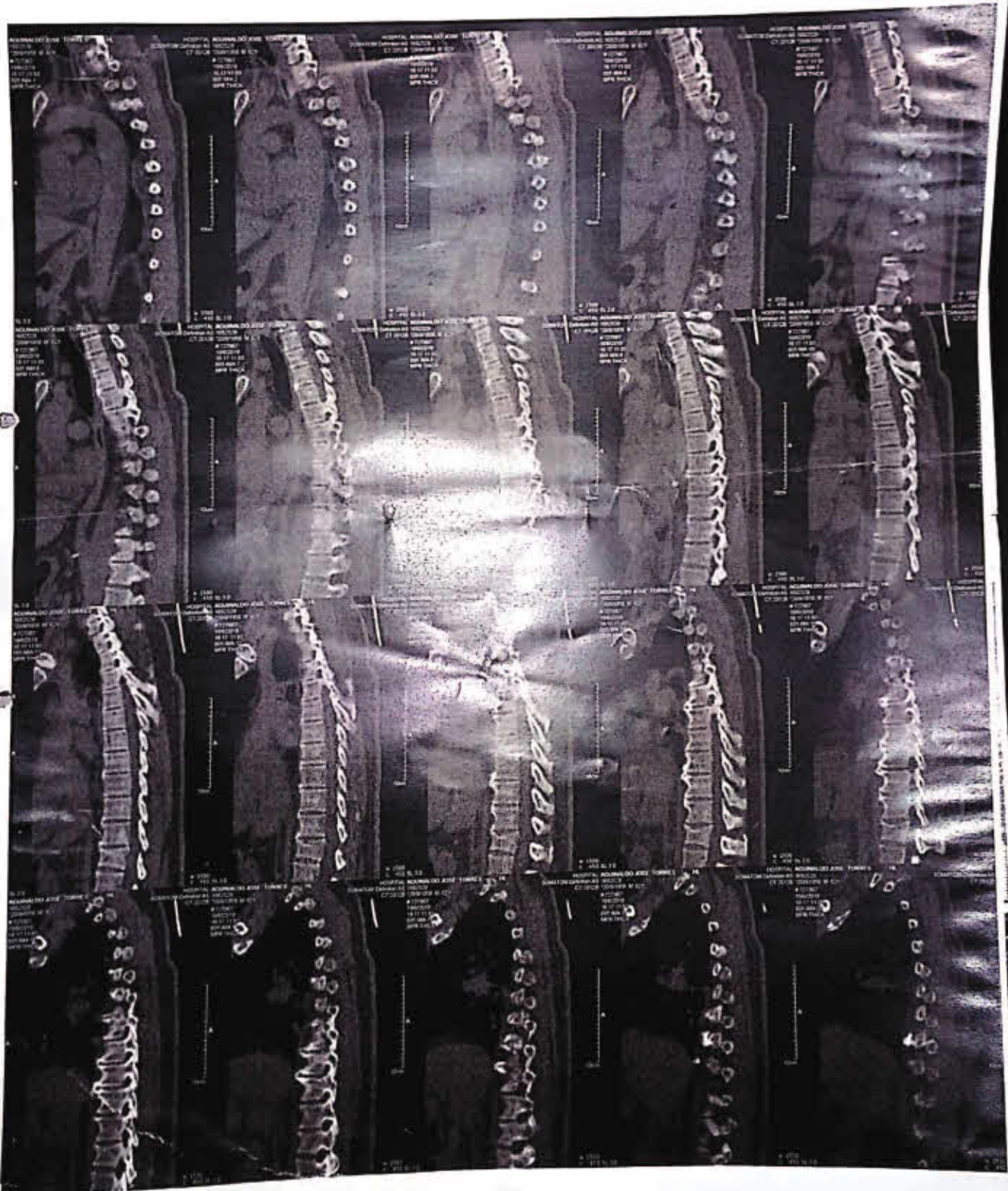
511/4



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 50040-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned by CamScanner

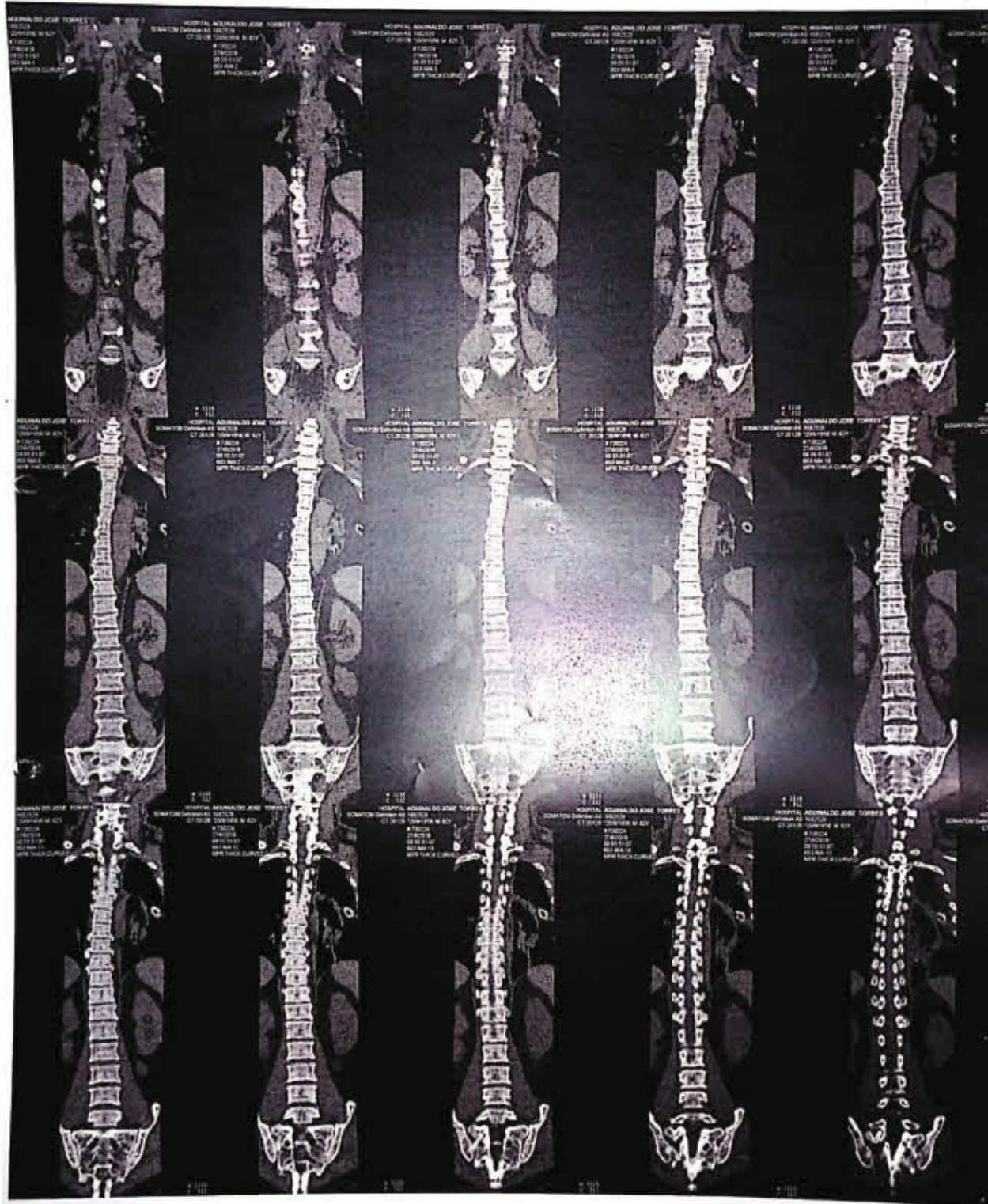




40, Fone: (081) 3181-5400

Scanned by CamScanner

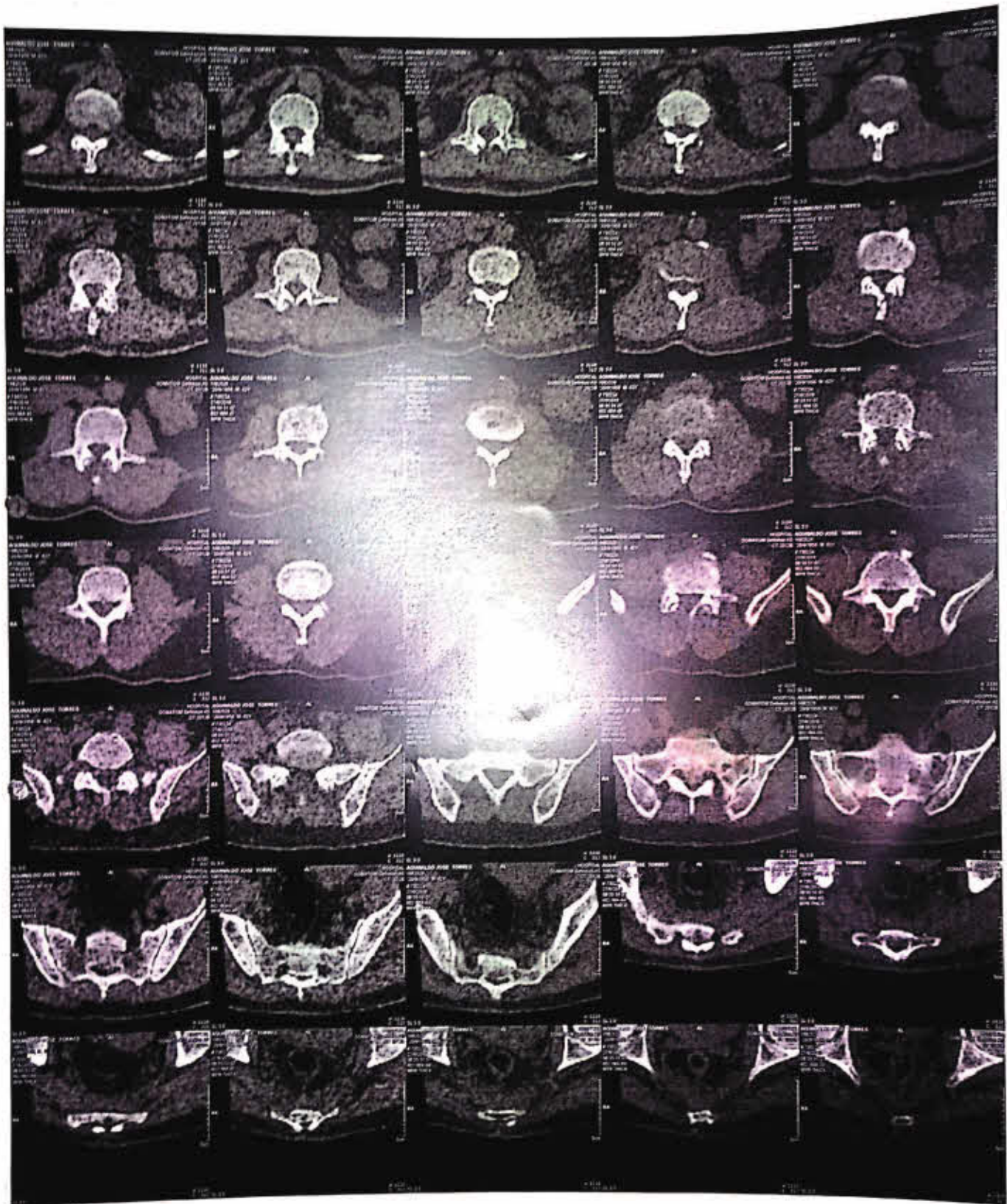




Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

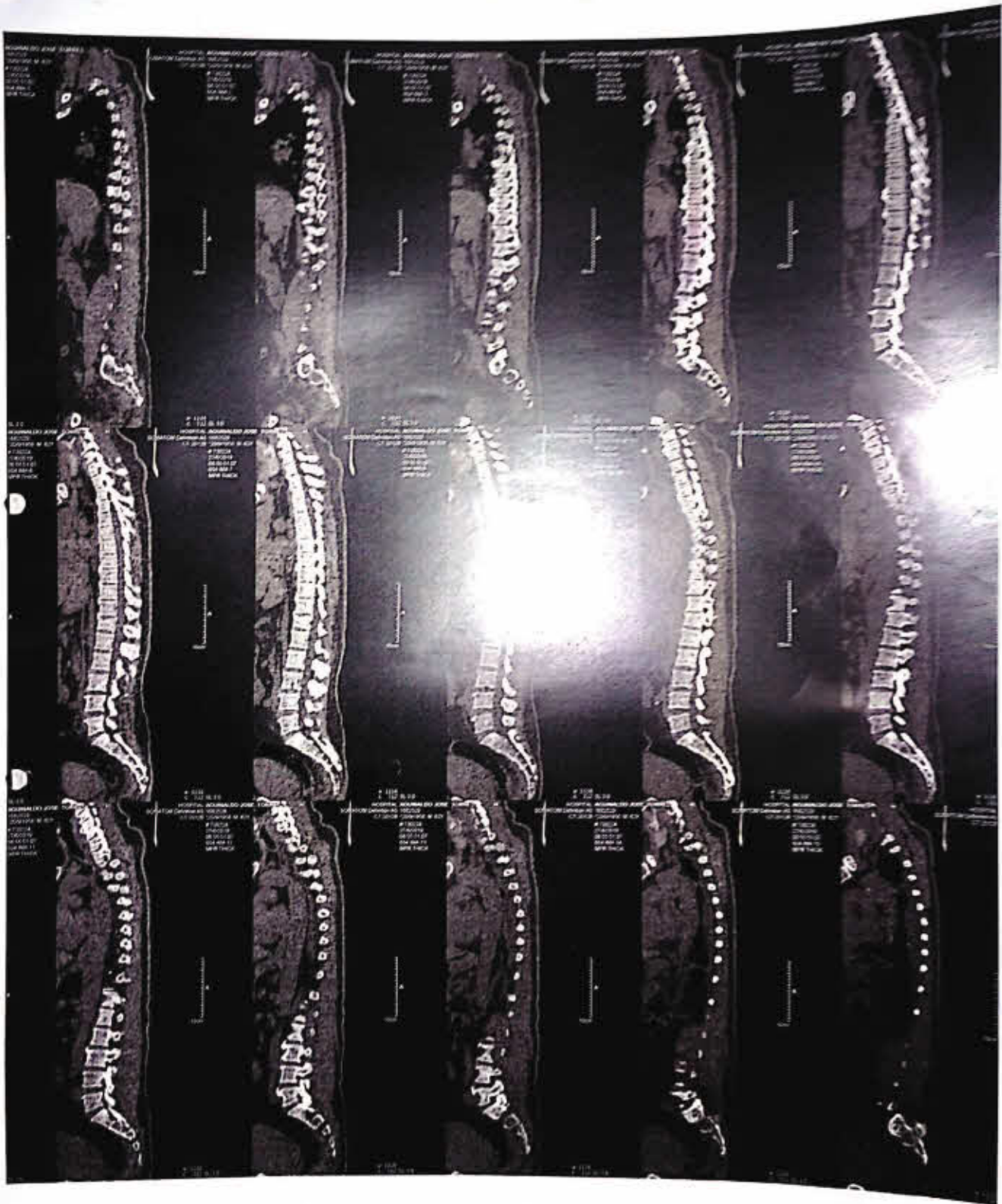
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



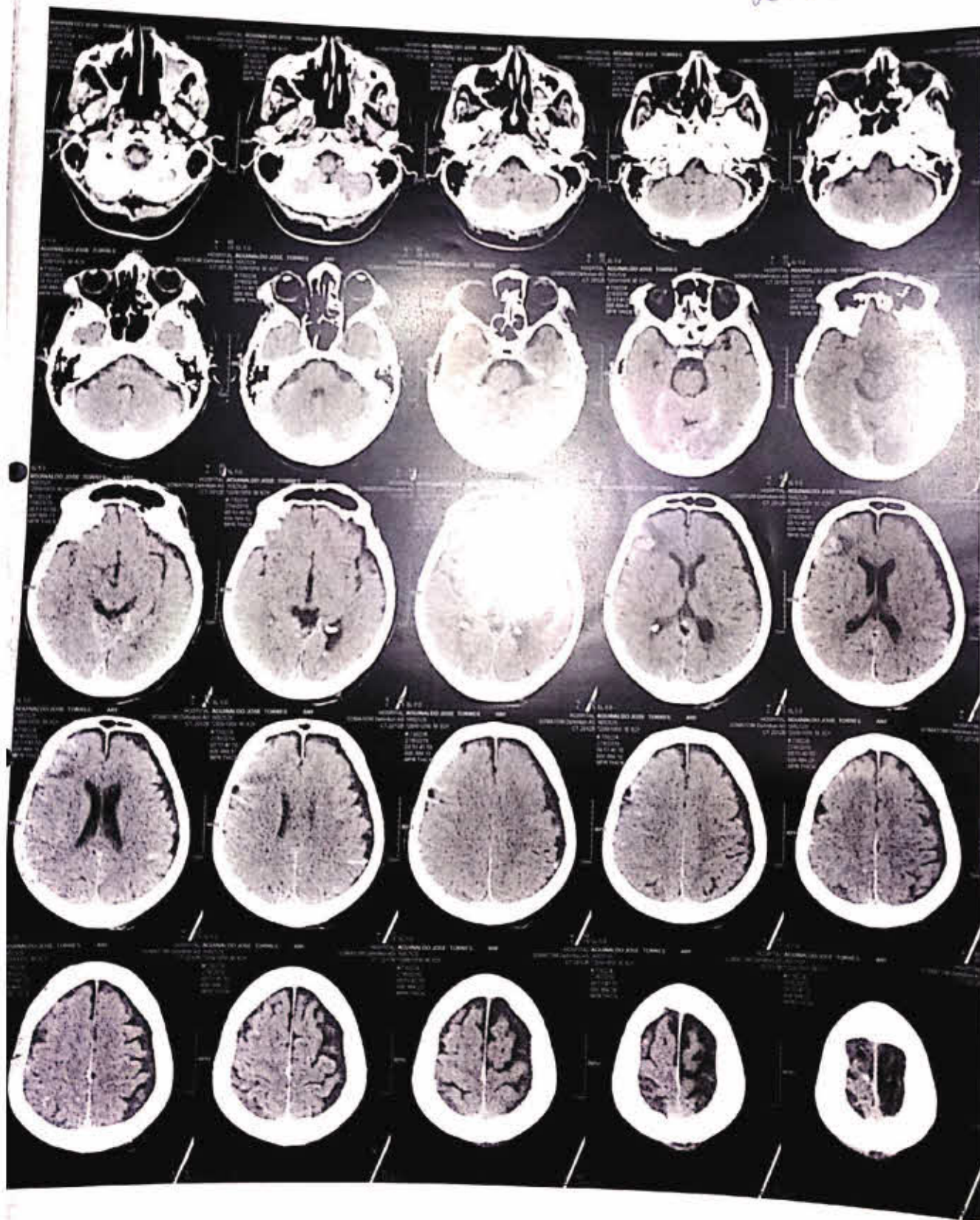


Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned by CamScanner



27/6/15



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned by CamScanner





Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Scanned by CamScanner

