



Número: **0080397-14.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAMARYS LIMA DA PAIXAO (AUTOR)		JANES CRISTINA GOMES DA COSTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73865695	21/01/2021 10:15	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190356398

Vítima: DAMARYS LIMA DA PAIXAO

Data do Acidente: 29/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAMARYS LIMA DA PAIXAO

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

Boletim de ocorrência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01983/01984 - carta_03 - INVALIDEZ

00060982



Carta nº 14392611





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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190356398

Vítima: DAMARYS LIMA DA PAIXAO

Data do Acidente: 29/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMARYS LIMA DA PAIXAO

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

Carta nº 14392822

Pag. 01289/01290 - carta_01 - INVALIDEZ

00020645





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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190356398

Vítima: DAMARYS LIMA DA PAIXAO

Data do Acidente: 29/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAMARYS LIMA DA PAIXAO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 01815/01816 - carta_02 - INVALIDEZ

00050908



Carta nº 14699726





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, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190356398

Vítima: DAMARYS LIMA DA PAIXAO

Data do Acidente: 29/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAMARYS LIMA DA PAIXAO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **DAMARYS LIMA DA PAIXAO**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **237**

Agência: **000006341-0**

Conta: **000007550-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nome completo da vítima: **Domayys Lima da Paixão**
CPF: **113.187.394-70**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUPES Nº 448/2012
Nome completo: **Domayys Lima da Paixão**
Profissão: **atendente**
Endereço: **Rua Santa e Silva**
Bairro: **Maximiliano**
Cidade: **Paulista**
Estado: **PE**
CEP: **53441-340**
Tel (DDD):
E-mail:

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

RECEITA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (241)
☐ Banco do Brasil (201) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **6341** CONTA: **7550**

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.

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 o caso de acidente de trânsito, conforme disposto no art. 1º da Lei nº 1.947/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não gera qualquer obrigação de ressarcimento da Seguradora.

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou de minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo médico apresentado, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da autenticidade do laudo médico apresentado, bem como a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima com o falecido: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Essa declaração 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.

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

X Domayys Lima da Paixão
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

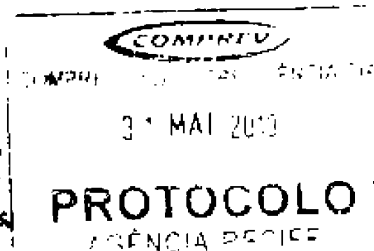
2º Nome: _____
CPF: _____

3º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4°CIRC
DIM/2°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0334001101

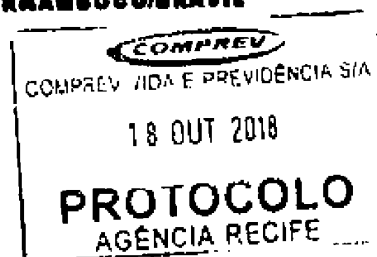
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/09/2018 às 17:24

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
 que aconteceu no dia 29/7/2018 às 18:11

Fato ocorrido no endereço: AV. CLAUDIO BUENOS LEITE, SN-JANEA, PAULISTA-PE. - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a BAIRRO DE JANEA (BAIRRO), 1 - Bairro: JANEA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
 SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO (NOTICIANTE)
 HUGO BARBOSA SANTANA (OUTRO)
 DAMARYS LIMA DA PAIXAO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na peração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
 DESCONHECIDO
 VEICULO: (Usado na peração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
 HUGO BARBOSA SANTANA

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

DAMARYS LIMA DA PAIXAO (não presente no plantão) - Sexo: FEMININO
 SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO Pol. REGINALDO ANTONIO DA PAIXAO Data de Nascimento: 2/10/1984 Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 6200781/SS/PE (RG), 11316730470 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: ATENDENTE Telefones Celulares:
 - 81966277816
 - 81967224352

Endereço Residencial: RUA OITEMA E OITO, 102, APT. 102-A - CEP: - Bairro: - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO (presente no plantão) - Sexo: FEMININO
 MARIA JOSE DE LIMA Data de Nascimento: 7/3/1972 Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 4462666/SS/PE (RG), 61744340473 (CPF) Estado Civil:



DIVORCIADO(A) Escondido: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: PROMOTOR Telefones Celulares - 81987234383

Endereço Residencial: RUA BOIS, 1984 - CEP: 55069-000 - Bairro: MARANGUAPÉ - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO

HUGO BARBOSA SANTANA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escondido: DESCONHECIDO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **HUGO BARBOSA SANTANA**, que estava em posse do(s) Sr(s): **HUGO BARBOSA SANTANA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFQ-4493** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Descrição: **MOTOCICLETA**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO**
NÃO
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **AUTOMÓVEL**

Complemento / Observação

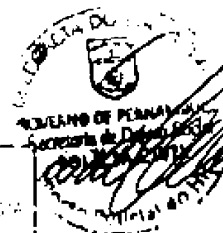
SEGUNDO RELATO DA NOTICIANTE E GENITORA DA VITIMA, RELATO DO SR. 20/07/2018, POR VOLTA DAS 12:11 HORAS, A VITIMA TRASITAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA DE PLACA PFQ-4493-PE, CONDUZIDA PELO SR. HUGO BARBOSA SANTANA, QUANDO DE REPENTE COLIDIU COM UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO, CONDUZIDO POR UM DESCONHECIDO. DE IMEDIATO UMA VIATUNA DO CORPO DE BOMBEIROS, COMANDADA PELO SGT. GLEYSON, MATRICULA 94644-S, SOCORREU AS VITIMAS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, NO MUNICIPIO DE PAULISTA-PE, DEPOIS DE PROCEDIMENTOS MEDICOS, A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO, ONDE FICOU INTERNADA NO PERIODO DE 20/07/2018 A 21/07/2018, E O CONDUTOR DA MOTOCICLETA FICOU INTERNADO NO HOSPITAL MIGUEL ARRAS, NO MUNICIPIO DE PAULISTA-PE.

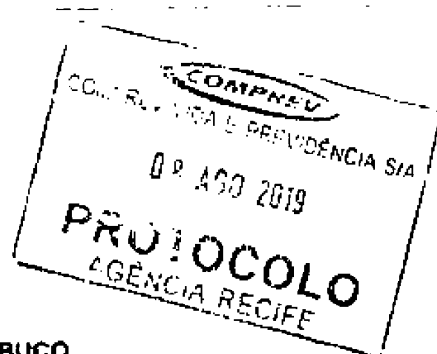
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Solange Maria Lima da Paixão
SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXÃO
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **PAULO FRANCISCO DA SILVA** - Matrícula: 3811822

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
18 OUT 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4-CIRC DIM/2-DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0334001036

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/07/2019** às **09:52**

Complementa o BO Número: **18E0334001101**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **29/7/2018** às **18:11**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE QUEIROZ LEITE, 1 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA - PE-01**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AGUARDANDO INVESTIGAÇÃO (AUTOR/AGENTE):
SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO (NOTICIANTE)
HUGO BARBOSA SANTANA (NOTICIANTE)
EWERTON LOPES BEZERRA (OUTRO)
DAMARYS LIMA DA PAIXAO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência): que estava em posse do(a) Sr(a) EWERTON LOPES BEZERRA
VEICULO (Usado na geração da ocorrência): que estava em posse do(a) Sr(a) HUGO BARBOSA SANTANA

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

DAMARYS LIMA DA PAIXAO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO** Pai: **REGINALDO ANTONIO DA PAIXAO** Data de Nascimento: **8/10/1984** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9290781/308/PE (RG) 11318738470 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ATENDENTE** Telefones Celulares: **81987234353**
81985277616

Endereço Residencial: **RUA OITENTA E OITO, 1, APTº. 102-A - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA JOSE DE LIMA** Data de Nascimento: **7/3/1972** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4402000/308/PE (RG) 81744230472 (CPF)** Estado Civil: **DEVOUCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROMOTOR** Telefones Celulares: **81987234363**

Endereço Residencial: **RUA DOIS, 1984 - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

EWERTON LOPES BEZERRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **ALDECY DE SOUZA LOPES** Pai: **FRANCISCO OTAS BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **12/4/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO**



BRASIL Estado civil: DESCONHECIDO

Endereço Residencial: RUA PALMARES, 213 - CEP: 55000-000 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

HUGO BARBOSA SANTANA (presente ao plantão) - Sexo Masculino Mãe: MARIA EMÍLIA BARBOSA SANTANA
Data de Nascimento: 05/1992 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 81035603D3PE (RG),
05571185478 (CPF), 05463402308 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª GRAU COMPLETO Profissão:
AUTÔNOMO(A)
Endereço Residencial: RUA JORNALISTA EDSON REGIS 1 ATE 544, 1184, AP. 403 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM
ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): HUGO BARBOSA SANTANA, que estava em posse do(a)
Sr(a): HUGO BARBOSA SANTANA

Classificação/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 250 TENERE Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFO4493 (PERNAMBUCO/PAULISTA) Renavam: 267282990 Chassi: 9C6K60450E0000685
Combustível: GASOLINA

AUTOMÓVEL (VEICULO) que estava em posse do(a) Sr(a): EWERTON LOPES BEZERRA
Classificação/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/GM/CLASSIC Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: P0A9218 (PERNAMBUCO/COXIL) Renavam: 406397181 Chassi: 8B68U19F00B165666
Combustível: ALCOOL/GASOL
Descrição: DE PROPRIEDADE: CLAUDIA LUCIA DA SILVA LIMA ARAUJO

Complemento / Observação

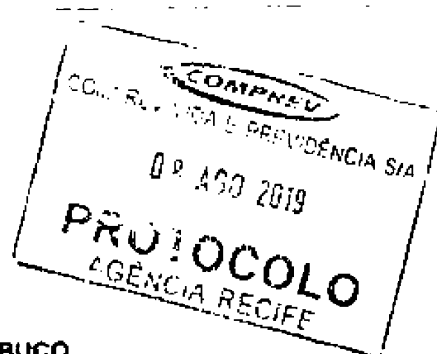
SEGUNDO RELATO DA NOTICIANTE E GENITORA DA VITIMA, RELATOU QUE EM 29/07/2018, POR VOLTA DAS
18H11, A VITIMA TRASETAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA DE PLACA PFO-4493-PE, CONDUZIDA PELO SR.
HUGO BARBOSA SANTANA, QUANDO DE REPENTE COLIDIU COM UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO,
CONDUZIDO POR UM DESCONHECIDO, DE IMEDIATO UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS, COMANDADA
PELO SGT. GLEYSSON, MATRICULA 940444-9, SOCORREU AS VITIMAS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, NO
MUNICÍPIO DE PAULISTA-PE, DEPOIS DE PROCEDIMENTOS MEDICOS, A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE FICOU INTERNADA NO PERÍODO DE 29/07/2018 A 21/08/2018, E O
CONDUTOR DA MOTOCICLETA FICOU INTERNADO NO HOSPITAL MIGUEL ARRAES, NO MUNICÍPIO DE PAULISTA-
PE, QUE NESTE DIA, COMPARECEU NESTA UNIDADE POLICIAL, A PESSOA DE HUGO BARBOSA SANTANA,
COMUNICANDO QUE NAQUELE DIA, CONDUZIA A MENCIONADA MOTO, TENDO A PESSOA DE DAMARYS LIMA DA
FAIXAO, NA GARUPA, QUANDO HOVE A COLISAO COM O REFERIDO CARRO, QUE HA UM B.O.E. (BOLETIM DE
OCORRÊNCIA ELETRÔNICO) SOBRE O MESMO FATO, DE Nº 1850118007892, DA DP PAULISTA. TUDO CONFORME
CNH DO COMUNICANTE E DECLARAÇÕES DO SAMU E CORPO DE BOMBEIROS.

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

BOLANOE MARIA LIMA DA FAIXAO
(NOTICIANTE)

HUGO BARBOSA SANTANA
(NOTICIANTE)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4-CIRC DIM/2-DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0334001036

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/07/2019** às **09:52**

Complementa o BO Número: **18E0334001101**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **29/7/2018** às **18:11**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE QUEIROZ LEITE, 1 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA - PE-01**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AGUARDANDO INVESTIGAÇÃO (AUTOR/AGENTE):
SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO (NOTICIANTE)
HUGO BARBOSA SANTANA (NOTICIANTE)
EWERTON LOPES BEZERRA (OUTRO)
DAMARYS LIMA DA PAIXAO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência): que estava em posse do(a) Sr(a) EWERTON LOPES BEZERRA
VEICULO (Usado na geração da ocorrência): que estava em posse do(a) Sr(a) HUGO BARBOSA SANTANA

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

DAMARYS LIMA DA PAIXAO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO** Pai: **REGINALDO ANTONIO DA PAIXAO** Data de Nascimento: **8/10/1984** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9290781/308/PE (RG) 11318738470 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ATENDENTE** Telefones Celulares:
- **81987234353**
- **81985277616**

Endereço Residencial: **RUA OITENTA E OITO, 1, APTº. 102-A - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA JOSE DE LIMA** Data de Nascimento: **7/3/1972** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4402000/308/PE (RG) 81744230472 (CPF)** Estado Civil: **DEVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROMOTOR** Telefones Celulares:
- **81987234363**

Endereço Residencial: **RUA DOIS, 1984 - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

EWERTON LOPES BEZERRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **ALDECY DE SOUZA LOPES** Pai: **FRANCISCO CYRILUS BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **12/4/1985** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO**



BRASIL Estado civil: DESCONHECIDO

Endereço Residencial: RUA PALMARES, 213 - CEP: 55000-000 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

HUGO BARBOSA SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA EMÍLIA BARBOSA SANTANA
Data de Nascimento: 05/1992 Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 81035603D3PE (RG),
05571188478 (CPF), 05463402308 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão:
AUTÔNOMO(A)
Endereço Residencial: RUA JORNALISTA EDSON REGIS 1 ATE 684, 1188, AP. 403 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM
ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

ADUARDANDO INVESTIGAÇÃO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): HUGO BARBOSA SANTANA, que estava em posse do(a)
Sr(a): HUGO BARBOSA SANTANA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 250 TENERE Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFO4493 (PERNAMBUCO/PAULISTA) Renavam: 267282990 Chassi: 9C6K60450E0000685
Combustível: GASOLINA

AUTOMOVEI (VEICULO) que estava em posse do(a) Sr(a): EWERTON LOPES BEZERRA
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEI/GM/CLASSIC Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: P0A9218 (PERNAMBUCO/COXIL) Renavam: 406397181 Chassi: 8B6BU19F00B165666
Combustível: ALCOI/GASOL
Descrição: DE PROPRIEDADE: CLAUDIA LUCIA DA SILVA LIMA ARAUJO

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATO DA NOTICIANTE E GENITORA DA VITIMA, RELATOU QUE EM 29/07/2018, POR VOLTA DAS
18H11, A VITIMA TRASETAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA DE PLACA PFO-4493-PE, CONDUZIDA PELO SR.
HUGO BARBOSA SANTANA, QUANDO DE REPENTE COLIDIU COM UM AUTOMOVEI NAO IDENTIFICADO,
CONDUZIDO POR UM DESCONHECIDO, DE IMEDIATO UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS, COMANDADA
PELO SGT. GLEYSSON, MATRICULA 940444-9, SOCORREU AS VITIMAS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, NO
MUNICIPIO DE PAULISTA-PE, DEPOIS DE PROCEDIMENTOS MEDICOS, A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE FICOU INTERNADA NO PERIODO DE 29/07/2018 A 21/08/2018, E O
CONDUTOR DA MOTOCICLETA FICOU INTERNADO NO HOSPITAL MIGUEL ARRAES, NO MUNICIPIO DE PAULISTA-
PE, QUE NESTE DIA, COMPARECEU NESTA UNIDADE POLICIAL, A PESSOA DE HUGO BARBOSA SANTANA,
COMUNICANDO QUE NAQUELE DIA, CONDUZIA A MENCIONADA MOTO, TENDO A PESSOA DE DAMARYS LIMA DA
FAIXAO, NA GARUPA, QUANDO HOVE A COLISAO COM O REFERIDO CARRO, QUE HA UM B.O.E. (BOLETIM DE
OCORRENCIA ELETRONICO) SOBRE O MESMO FATO, DE N° 1850118007892, DA DP PAULISTA, TUDO CONFORME
CNH DO COMUNICANTE E DECLARAÇÕES DO SAMU E CORPO DE BOMBEIROS.

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

BOLANOE MARIA LIMA DA FAIXAO
(NOTICIANTE)

HUGO BARBOSA SANTANA
(NOTICIANTE)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nome completo da vítima: **Domayys Lima da Paixão**
CPF: **113.187.394-70**
RG: **113.187.394-70**
Número: **75** Complemento: **APTO 102**
CEP: **63441-340**
Estado: **PE**
Cidade: **Paulista**
Bairro: **Maximiliano**
Profissão: **atendente**
E-mail:

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

RENDA MENSAL: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (241) ☐ Banco do Brasil (201) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **6341** CONTA: **7550**

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.

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 o caso de acidente de trânsito, com base no seguinte motivo:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou de minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo médico apresentado, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da autenticidade do laudo médico apresentado, bem como a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **18 OUT 2018**

Gravidez da vítima com o parceiro: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **3** Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Essou 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.

Local e Data:
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

X Domayys Lima da Paixão
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: **COMPRE**
CPF:
Assinatura: **31 MAI 2018**

2º Nome: **COMPRE**
CPF:
Assinatura: **PROTÓCOLO**

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

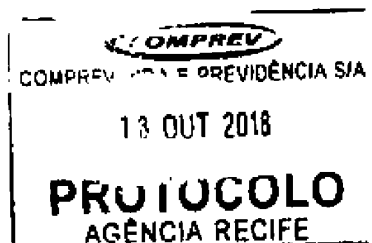


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001223 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO, 46 anos, BRASILEIRO(a), DIVORCIADO(a), RG nº 4402000 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 817.442.504-72, residente à RUA 2, nº 1964, ALTO NOVA PAULISTA, PAULISTA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 29/07/2018, por volta das 18:11 hs, no endereço: AV. CLAUDIO GUEIROS LEITE, S/N. JANGA PAULISTA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo XX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) DAMARYS LIMA DA PAIXAO, inscrito sob o CPF nº 113.187.394-70 e Registro Geral * 9290781, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 940444-9 GLEYBSON. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 438446. Ficou aos cuidados do médico DANIO, registro 18126. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

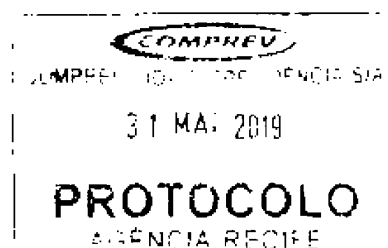


Posição em 27/08/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbma.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH001223

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMARYS LIMA DA PAIXAO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06341-0

CONTA: 000000007550-7

Nr. Autenticação

BRADESCO2608201905000000000023706341000000007550337500 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Dominyss Lima da Paixão

RG nº 9.290.781, data de expedição 28/09/18, Órgão SOS

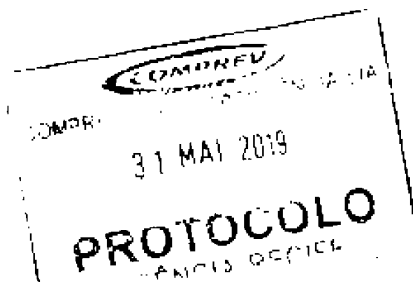
CPF nº 113.187.394-70, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Oitenta e Oito</u>
Número	<u>145</u>
Apto / Complemento	<u>ap - 102 A 00-66 BL-3</u>
Bairro	<u>Moromanguape</u>
Cidade	<u>Paulista</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53441-340</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: x Dominyss Lima da Paixão



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.972/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.433, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0400-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SOLANGE MARIA DE LIMA
CPF: 817.442.504-72

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA OTEIRA E COTO 75 AP-102A
QD 69 BL 3
MARANGUAPE MARANGUAPE
53441-340 PAULISTA PE

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

DATA DE VENCIMENTO

29/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

18,64

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/05/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

22/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

062897223

CONTA CONTRATO

007000977378

Nº DO CLIENTE

2041801716

Nº DA INSTALAÇÃO

0062304788

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

703B.81B0.F6F7.40B6.564B.0D22.B90C.845E

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(NWh)	30,00	0,58176937	17,45
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,26
ICMS Subvenção-CDE-NF 068334196-22/04/19			0,88
Multa por atraso-NF 059108837 - 22/04/19			0,03
Juros por atraso-NF 059108837 - 22/04/19			0,02
Atualização IGPM-NF 059108837 - 22/04/19			
TOTAL DA FATURA			18,64

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	17,67	1,18	0,20	17,67
				5,37	0,94

EM ATÉ 15 DIAS DEPOIS EXISTENTES CAUSANDO CORTE

Vencido	De	Para	Valor
20/05/19	22/05/19		38,36

Esta comunicação NÃO substitui a emissão de relatórios e NÃO cancela as
obrigações em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento prevista por este ato
de atendimento, poderá ocorrer o encerramento do contrato podendo também gerar
cobrança adicional em virtude das multas previstas no Art. 99 da Resolução ANEEL 414/2010 e
cobrança adicional em virtude das multas previstas no Art. 99 da Resolução ANEEL 414/2010.

Terminar Aplicação		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(NWh)	53437788	MAI 19	30
		ABR 19	43
		MAR 19	45
		FEV 19	80
		JAN 19	42
		DEZ 18	153
		NOV 18	40
		OUT 18	88
		SET 18	78
		AGO 18	30
		JUL 18	30
		JUN 18	30
		MAY 18	30

Faturado pelo mínimo de faturamento
Custo de Disponibilidade
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo de Medição	Anterior	Atual	Consumo	Anterior	Atual	Consumo
000000000001141414	CAT	22/04/2019	22/05/2019	30,00	22/04/2019	22/05/2019	30,00

31 MAI 2019

DATA PREVISTA PARA A PROXIMA FATURA: 29/05/2019

PROTOCOLO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você (at), modas, supermercados, lojas, etc.
Fornecimento de energia elétrica completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,58% para B1 e Tarifa Social
e 3,78% para A1 e Tarifa Social.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade (individual ou do nível de tensão de fornecimento)
Pago, em atraso, multa de 2% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês seguinte.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial
Pago, em atraso, multa de 2% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês seguinte.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial
Pago, em atraso, multa de 2% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês seguinte.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilização no ciclo em que ocorrer a suspensão.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR ANUAL	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR ANUAL	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR ANUAL	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR ANUAL	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

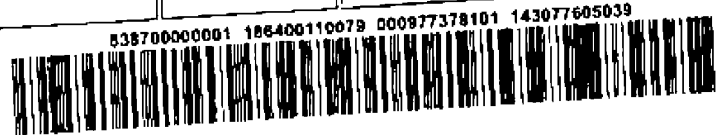
TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007000977378	05/2019	18,64	29/05/2019

538700000001 186400110079 000977378101 143077605039



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190356398

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAMARYS LIMA DA PAIXAO

Data do acidente: 29/07/2018

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE grave com HSDA, contusão temporal esquerda

Descrição do exame físico: Vítima com afundamento importante em região temporal esquerda, consciente e algo desorientada, tem dificuldade em informar o dia da semana, ou o local onde foi o acidente. Apresenta deficit cognitivo discreto. Não faz uso de medicação contínua

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com craniectomia descompressiva, evoluindo sem complicações. Fez fisioterapia. Alta há cerca de 3 meses.

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve (25%) em estrutura crânio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/08/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em estrutura crânio facial, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190356398

Nome do(a) Examinado(a): DAMARYS LIMA DA PAIXAO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Oitenta e Oito, 75 - Paulista/PE - CEP
53441-340

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 9290781 - sds pe - 28/09/2018

Data e Local do Acidente : 29/07/2018 - Paulista, PE

Data e Local do Exame : 21/08/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

TCE grave com HSDA, contusão temporal esquerda

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

Tratado cirurgicamente com craniectomia descompressiva, evoluindo sem
complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 3 meses.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

vítima com afundamento importante em região temporal esquerda, consciente e
algo desorientada, tem dificuldade em informar o dia da semana, ou o local
onde foi o acidente. Apresenta déficit cognitivo discreto. Não faz uso de
medicação contínua.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais
permanentes) resultantes do acidente:**



lesão anatomica de estrutura cranio facial, sequela de craniectomia descompressiva, com deficit cognitivo residual, se apresentando algo desorientada a exame.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

estrutura cranio facial

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



Declaração do Proprietário do Veículo

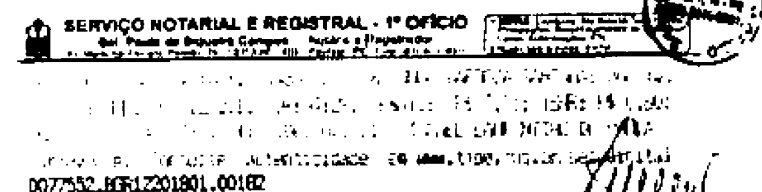
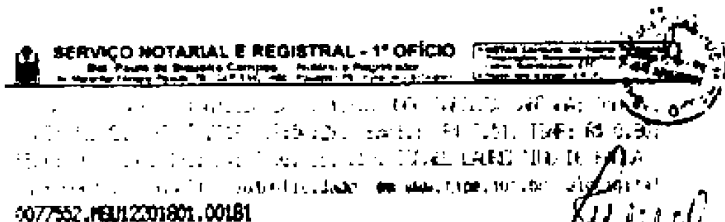
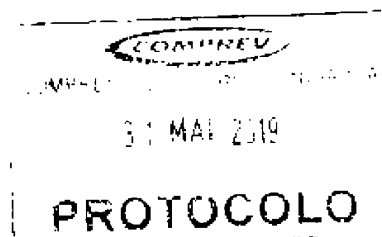
Eu, ALG. BARBOSA SAU+ANA,
RG nº 2103560, data de expedição 25/07/2006,
Órgão SAS PC, portador do CPF nº 026 711 854-79, com
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ALCANTARA C. C. M. G. 31 BLOCO, nº _____,
complemento AP 403, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima DANIELA LIMA DA PAIXÃO, cujo o condutor era
ALG. BARBOSA SAU+ANA.

Veículo: YP49UA/ X42 250T (VERE)
Modelo: YP49UA/ X42 250T (VERE)
Ano: 2010/2011
Placa: VFD 4493
Chassi: 9CEK G04508 0000665
Data do Acidente: 29/07/2018
Local e Data: JABUA/PAU:51A/29/07/2018

Hugo Santiago Santos
Assinatura do Declarante

Pugs belong to

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1642822

Nome: Demerys Lima de Peixoto

Foi atendido às 10:15 hs do dia 29 / 05 / 19

Diagnóstico Provável: - TCE Crave

- CID 10: T90

Tratamento Realizado:

Tratamento completo
do TCE.

Observação:

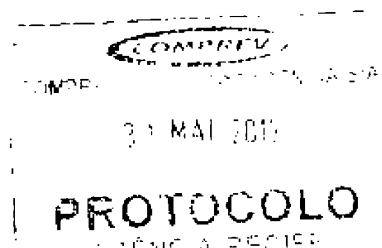
Paciente com ferida aberta
requer e discute transferência
2 dias

Cópia de:

Ramiro Vaz
Médico - CRM nº

CRM nº 24312
Neurocirurgia

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.

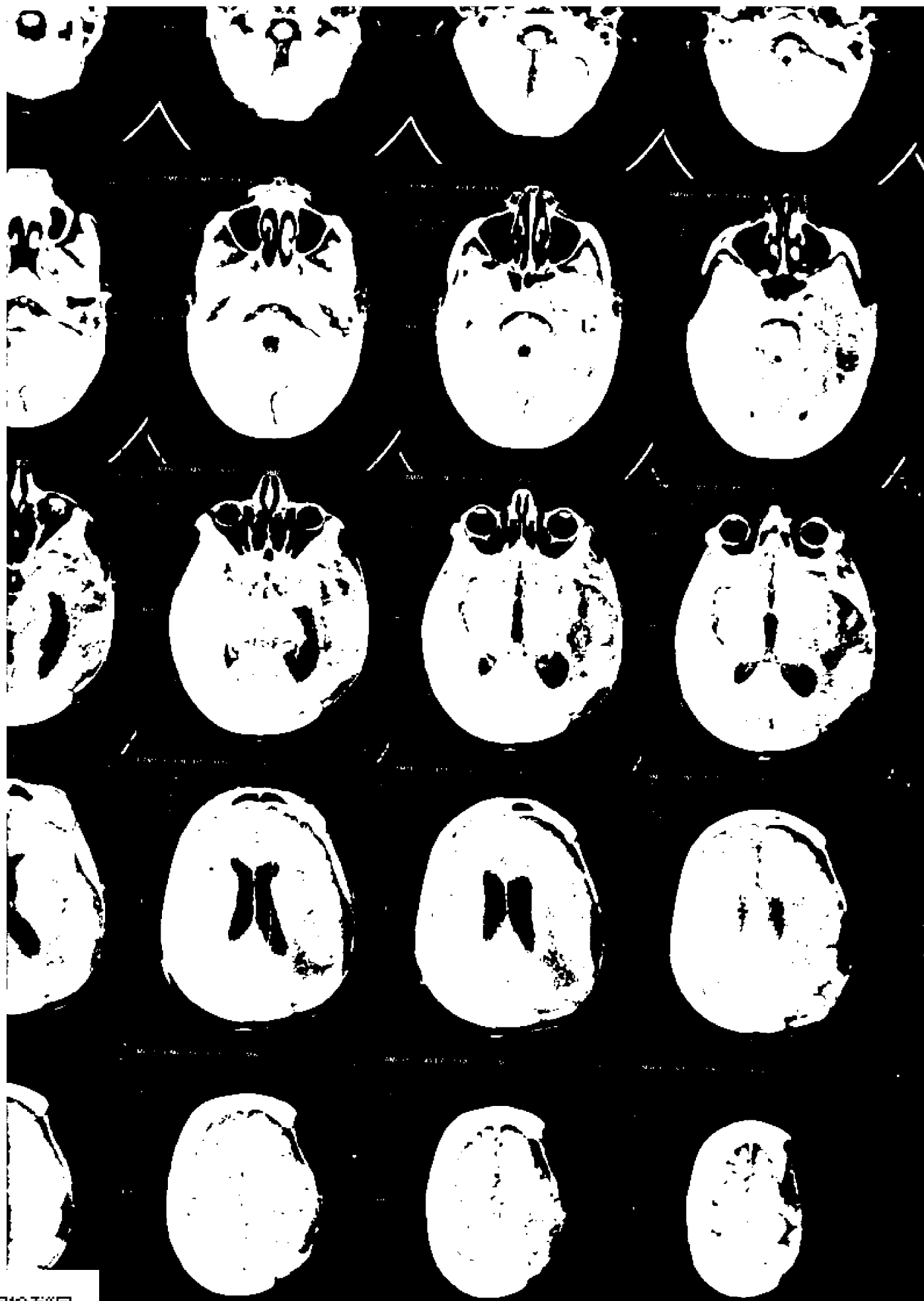


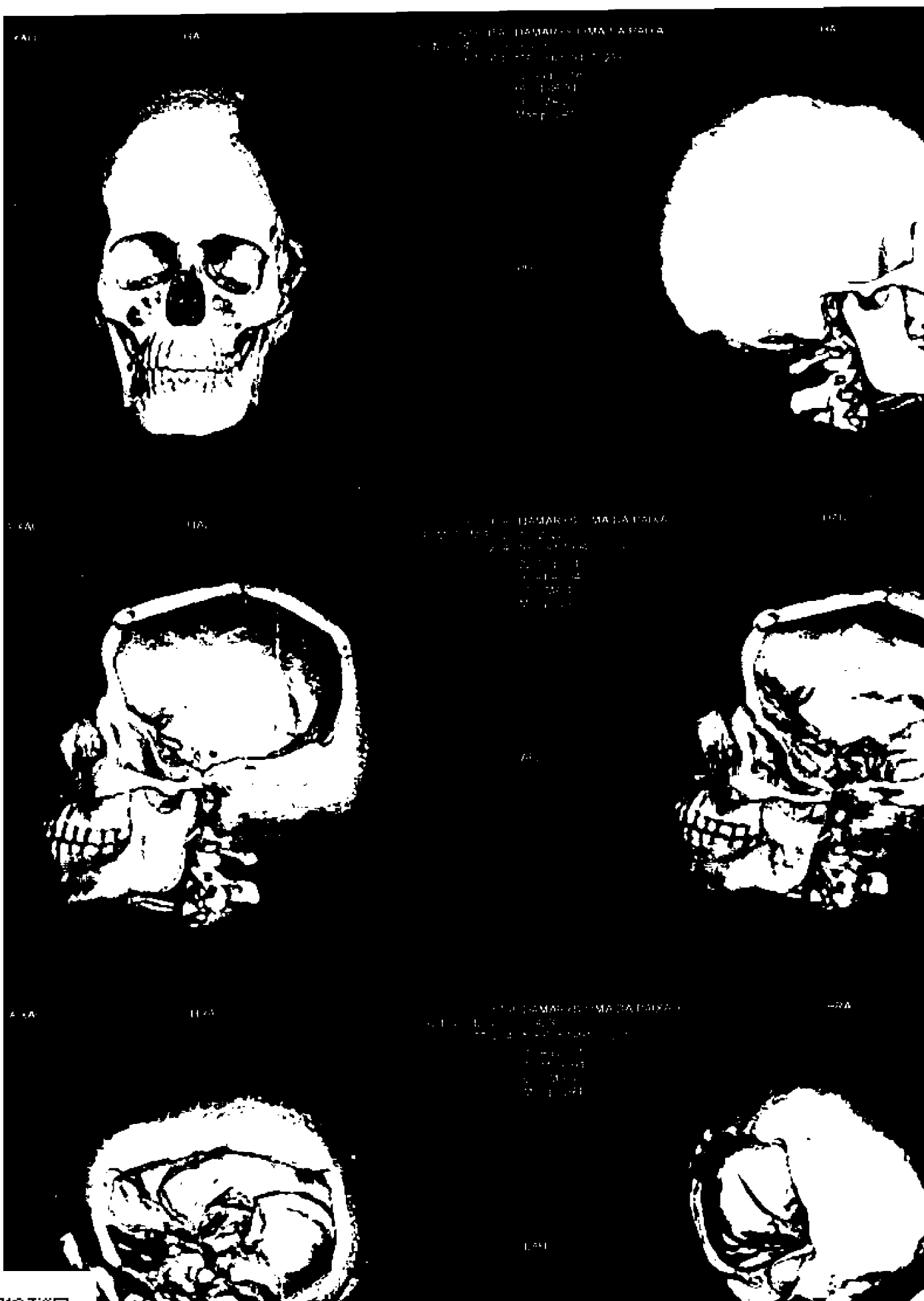
23/01/2021

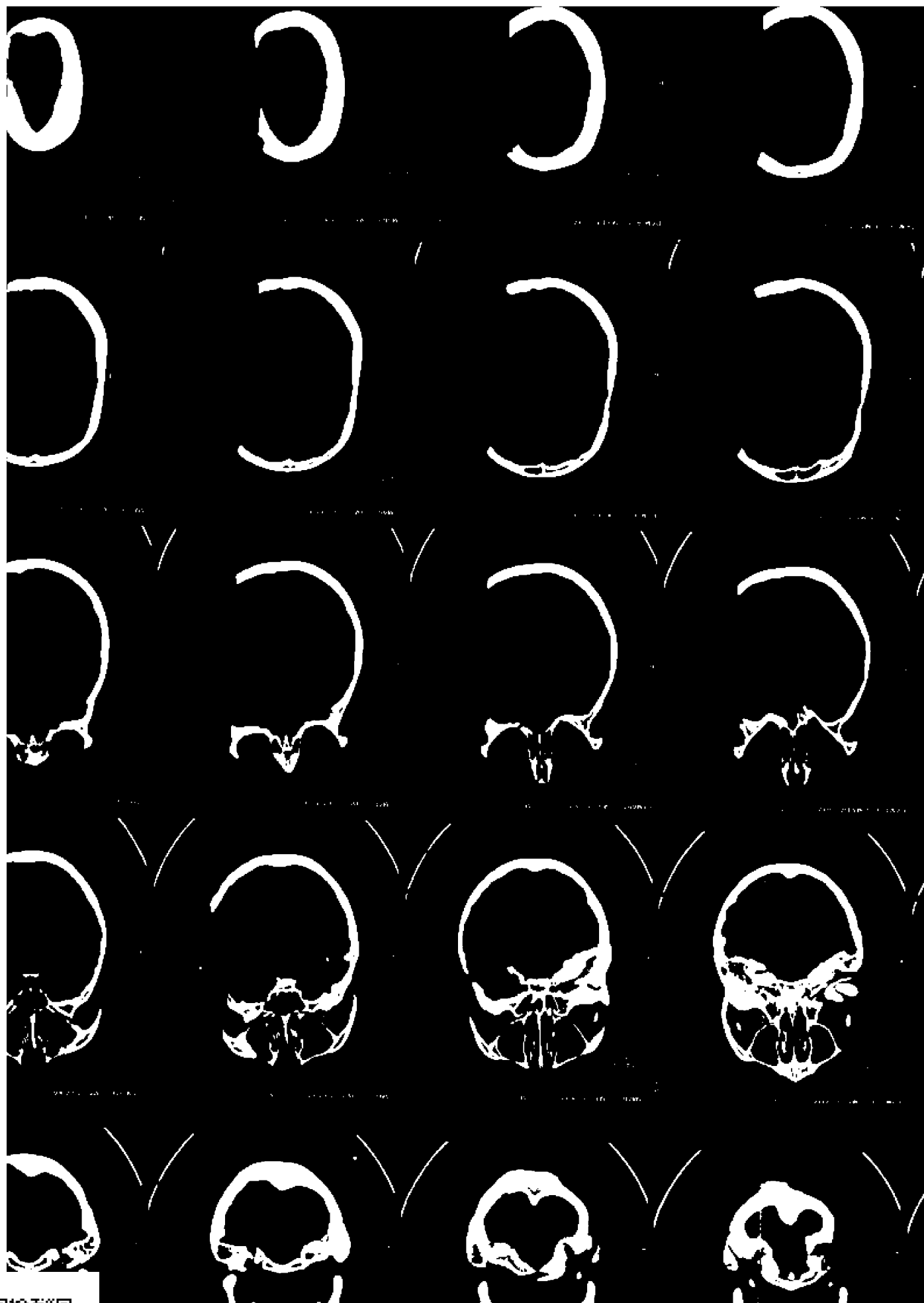


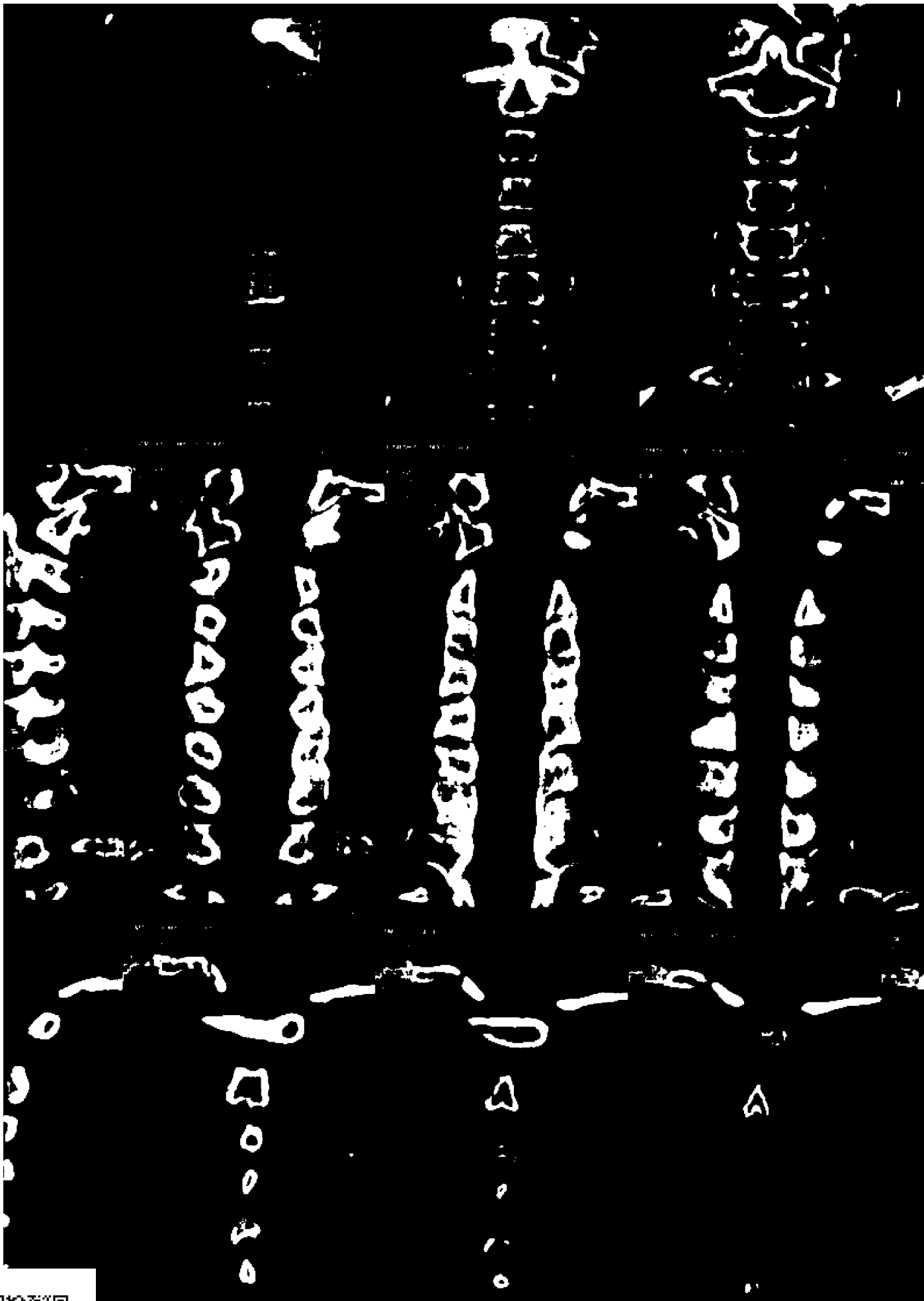


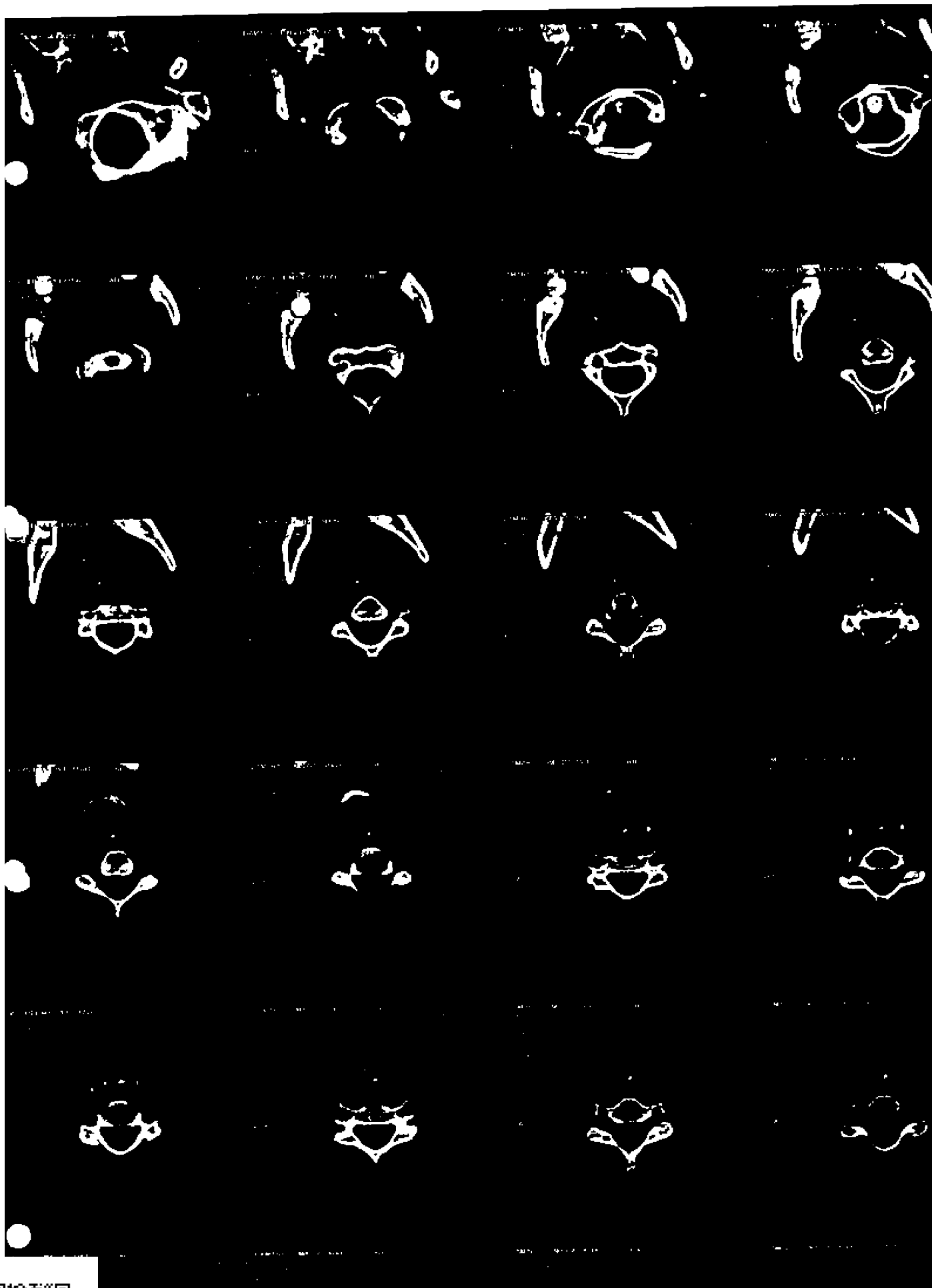


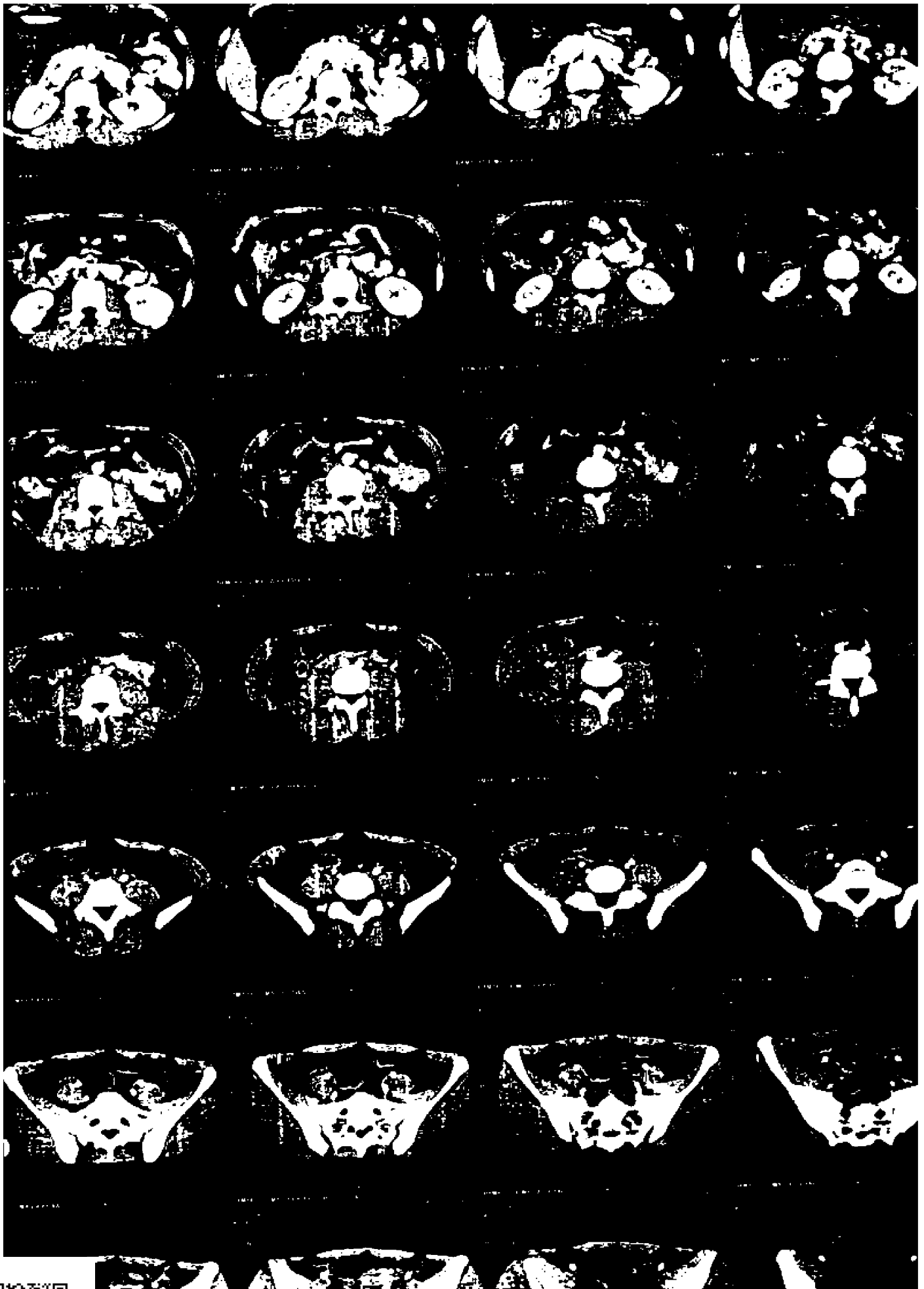


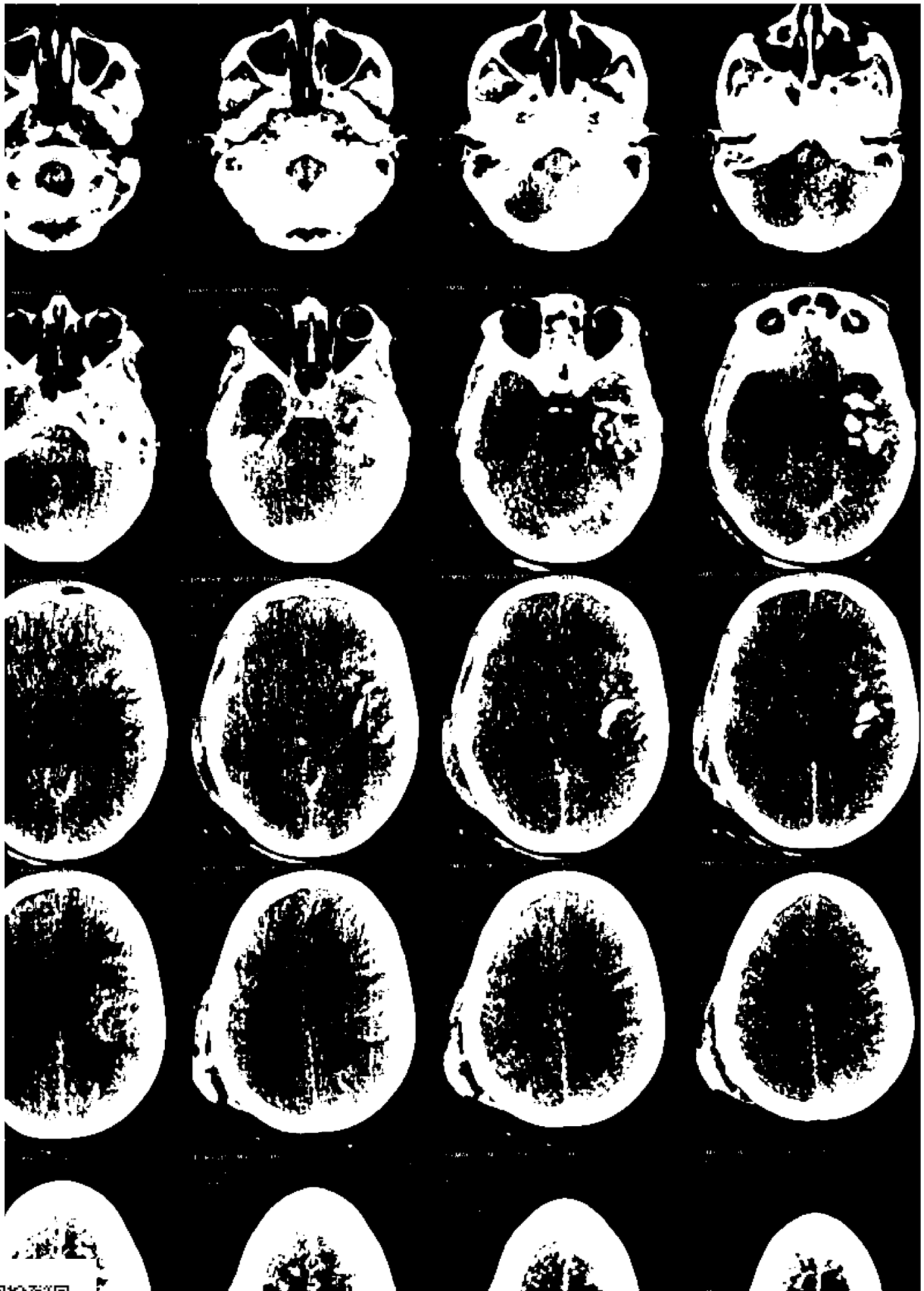


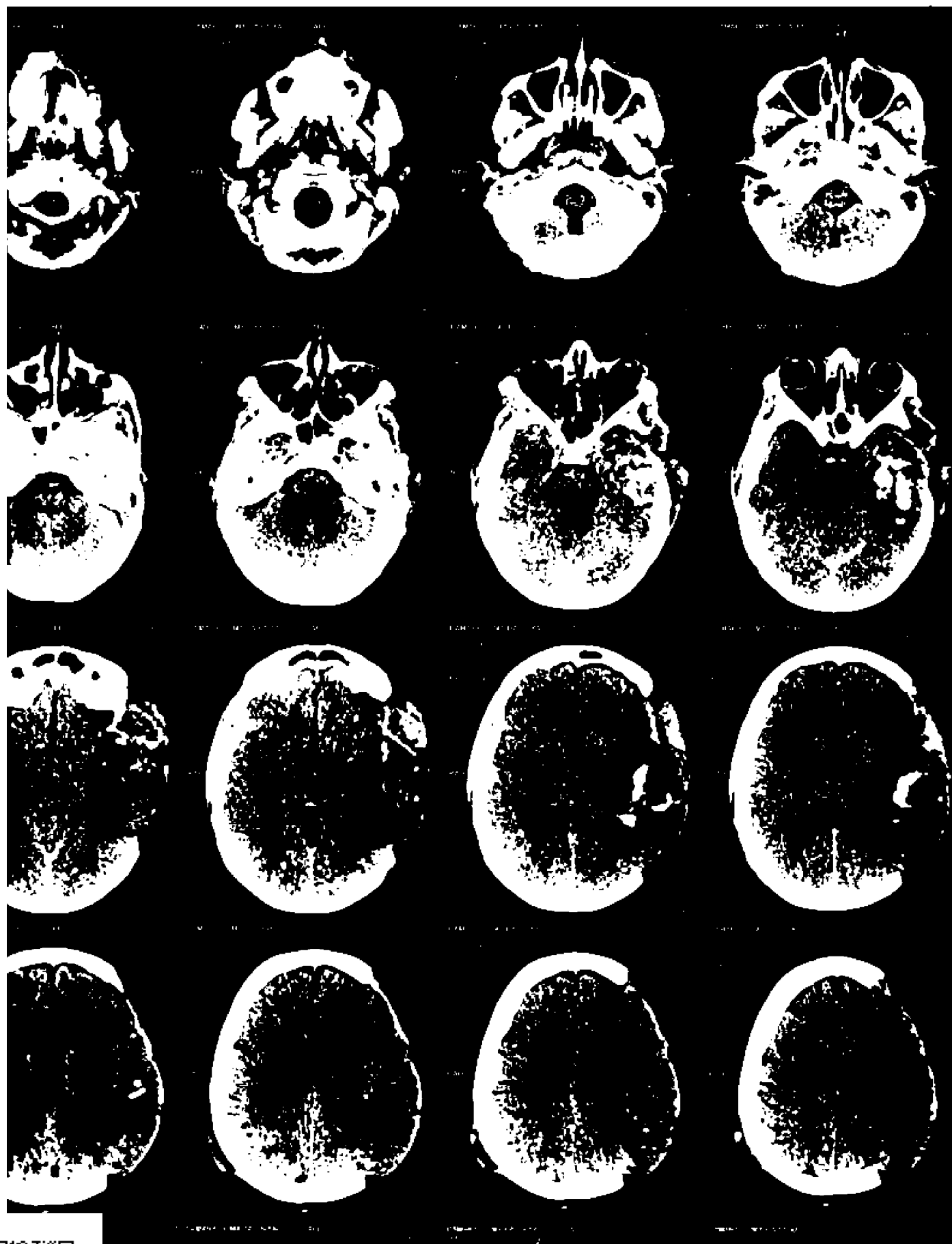


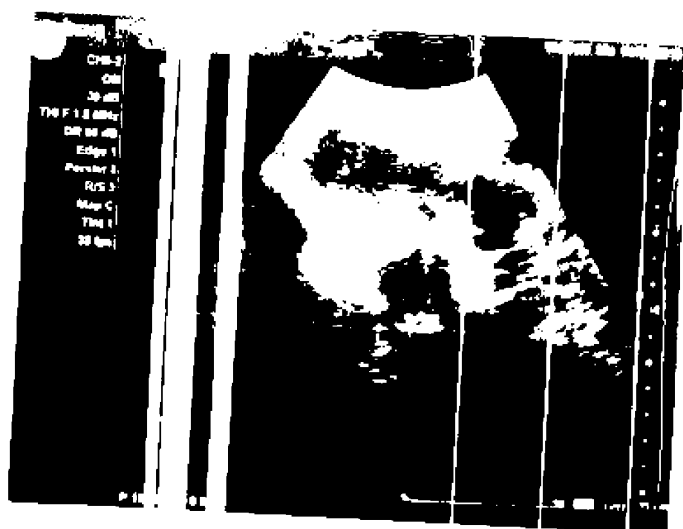
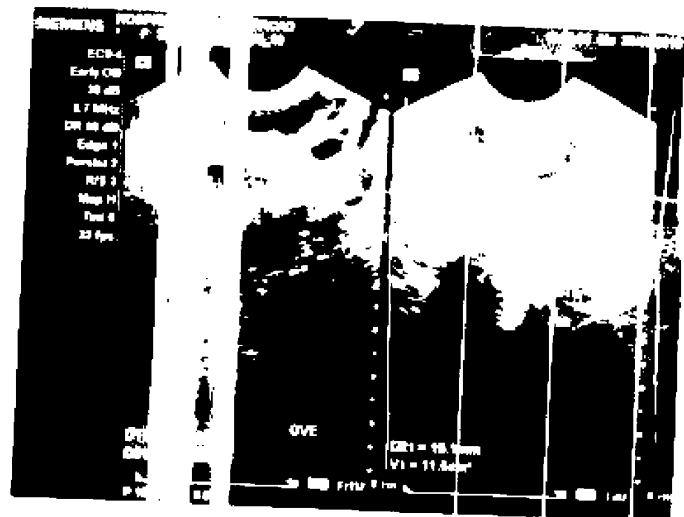


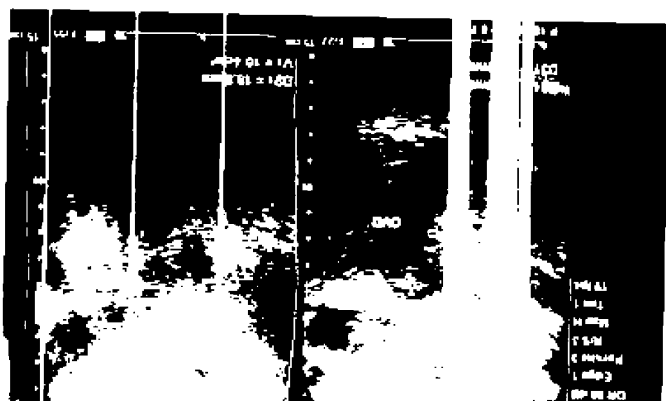
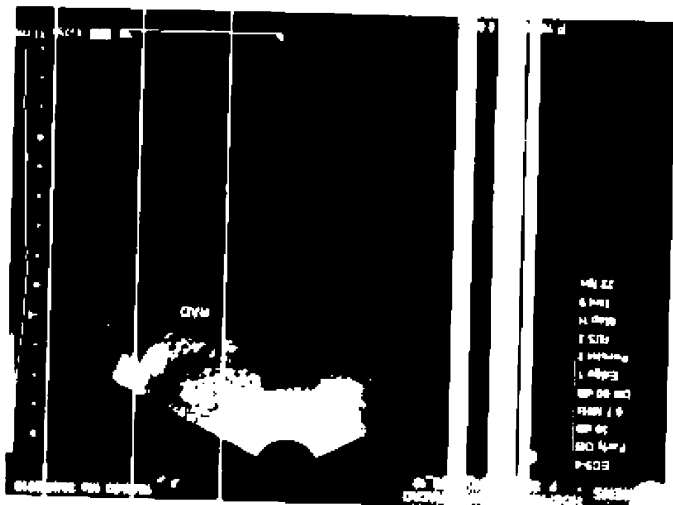
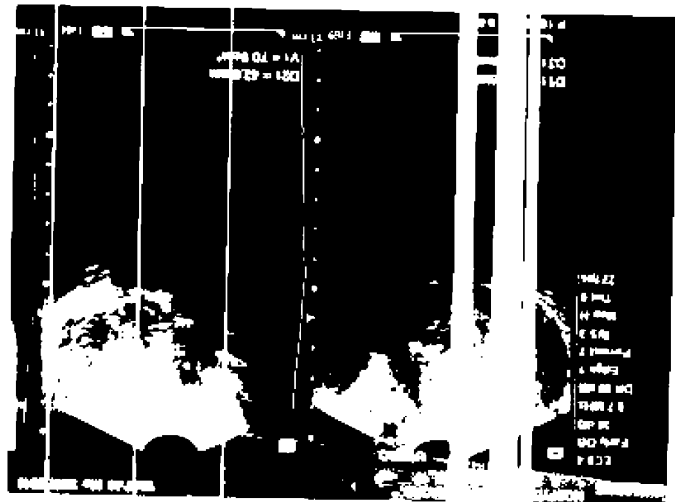












Accession Report (Default)

Nome, Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO
Prontuario: 1642322

Data de Nascimento:
Sexo:

No.Registro: 1642322
Data de Admissão:

Anamnese:
Leito: 8

Material: Hemocultura

Localização: UF: Adulto Salão A

Observação: 02 amostras

Médico Solicitante:

Data da Requisição: 07/08/2018 16:32

Data de Entrada: 02/08/2018 16:32

No Amostra: 51.818

Bacterioscopia:

Comentário da Amostra: Cultura negativa

Isolate Number: 1



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: DAMARYN LIMA DA PAIXÃO	PRONTUÁRIO: 142100	ATENDIMENTO: 4075247
DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1954	FOI ATENDIDO EM: 29/07/2018 AS	
	DATA DE ALTA: 21/08/2018 AS	

Diagnóstico Provável:

TCR GRAVE CONTUSA TEMPORAL ESQUERDA + HEMATOMA ESQUERDA + FÊMUR FEMORAL ESQUERDA
LIDEM 3/05

Tratamento Realizado:

PRIMARIETOMIA DESCOMPRESSÃO ESQUERDA (30/07/18)
FEZ USO DE TAZOCIN (0108 - 20X08)

Observação:

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, CHEGADA EM URGÊNCIA COM OTORRÉAGIA BILATERAL, ECG=I-II-SE-7T, PUPILAS ISÓPTICAS, EQUIMOSE PALPEBRAL BILATERAL. REALIZADO TL DE CRÂNIO COM PRESENÇA DE CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA ESQUERDA E HEMATOMA CONTUSÃO ÁREAS DE HEMORRAGIA CEREBRAL DIREITA E TERRITÓRIO DA ACÚMULO DE HEMATOMA DIFUSO, CISTERNAS FECHADAS.
FACILMENTE SUBMETIDA A UMA CRANIOTOMIA DE DESCOMPRESSÃO ESQUERDA (30/07/18).

EVOLUINDO NO PÓS-OPERATÓRIO COM MELHORIA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, EXAME NEUROLÓGICO PACIENTE FOCAL COOPERATIVA, GLASSOW=4+3+6=13, PUPILAS ISÓPTICAS, HEMIPARÊSE DIREITA.

Encaminhado para:

- 1) ALTA HOSPITALAR EM 21/08/18
- 2) REALIZAÇÃO DE CRÂNIO COM RECONSTRUÇÃO 3D - GRAVAÇÃO DE DVD ENCAMINHADO AMBULATORIO DE DR PABLO
- 3) RETORNO AO AMBULATORIO DE NEUROLOGIA APÓS ADIUTÉRIA, PLAS
- 4) FISIOTERAPIA MOTORA - FONOAUDIOLOGIA

PACIENTE NECESSITA DE AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 90 (NOventa) DIAS PARA CONVALESCENÇA

RENATA RAZZA MONTEBRANCO LYSNETROS CRM Nº 200745

Recife, 21, AGOSTO - 2018

ATENÇÃO:

Este documento desobedece a qualquer tipo de alteração de conteúdo, sob pena de nulidade e multa. É impresso e assinado pelo Ministério do Trabalho, Contribuinte do Trabalho, Ambulatorial, segundo a resolução nº 04/2007 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 SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: DAMASCENA DA SILVA

Clinica:

Prontuario: 1842622

Atendimento: 1001140

Leito: 12409

ISO QPA,

1) DOR PONA 500MG

TOMAR 120MG CO 6 HORAS DE DOR

Data: 21/01/2018

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

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



1000

[illegible]

10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044

... ..

— 5 —

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1038.

$\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

• • • • •

100

1000

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

1. *Chlorophyll a* and *Chlorophyll b* were determined by the method of Lichtenthaler and Sponholz (1980). The total chlorophyll content was determined by the method of Arar and Cook (1980).

1. *Chlorophyll a* and *Chlorophyll b* were determined by the method of Arar and Collins (1971) using a Shimadzu 1010 spectrophotometer.

[illegible]

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26



LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA - Microbiologia

Nome, Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO
Prontuario: 1642322

No.Registro: 1642322
Data de Admissão:

Data de Nascimento:
Sexo:

Anamnese:
Leito: 509 EXTRA

Material: Urina
Observação:
Data da Requisição: 14/08/2018 14:49

Localização: 5º Andar - Norte
Médico Solicitante: Médico solicitante não informado
Data de Entrada: 14/08/2018 14:49

No.Amostra: 482.818
Bacterioscopia:
Comentário da Amostra: Cultura negativa

Isolate Number: 1



Accession Report (Default)

Nome Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO

Prontuario: 1642322

No.Registro: 1642322

Data de Admissão:

Data de Nascimento:

Sexo:

Anamnese:

Leito: 8

Material: Swab Retal - Pesquisa de Vigilância

Observação:

Data da Requisição: 01/08/2018 07:54

No.Amostra: 103.818

Bacterioscopia:

Comentário da Amostra: Cultura negativa para VRE. Enterobactéria possivelmente produtora de Carbapenemase KPC (IMP contra outras)

Localização: UTI Adulto Sala 2

Médico Solicitante:

Data de Entrada: 03/08/2018 07:54

Contagem de Colônias: < *

Isolate Number: 1 Klebsiella oxytoca <kleoxy>

	1 kleoxy		
	MIC	Diam.	Cat.
Amicacina	8		S
Ampicilina	>=32		R
Ampicilina/sulbactam	4		R
Aztreonam			R*
Cefalotina			R*
Cefazolina			R*
Cefepima	8		R
Cefoxitina	>=64		R
Ceftazidima	8		R
Ceftriaxona	16		R
Cefuroxima	>=64		R
Cefuroxima Axetil	<=0,5		R
Ciprofloxacina	>=4		R
Colistina	<=0,5		S
Ertapenem	<=8		R
Gentamicina	>=16		R
Imipenem	>=16		R
Meropenem	>=16		R
Polimixina B			S*
Ticarcilina/Acido Clavulânico			R*
Tigeciclina	<=0,5		S

*= Deduced **= Manually

Abelina Vito Neto
Enfermeiro - Microbiologia
CRP-0285



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Avenida Agamenon Magalhães s/n, Derby - Telefone: (81) 3181-5402

Accession Report (Default)

Nome, Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO
Prontuario: 1642322

No.Registro: 1642322
Data de Admissão:

Data de Nascimento:
Sexo:

Anamnese:
Leito: 9

Material: Swab Nasal - Pesquisa de Vigilância

Observação:

Data da Requisição: 01/08/2018 07:52

Localização: LT Adulto Saão A

Médico Solicitante:

Data de Entrada: 03/08/2018 07:52

No.Amostra: 102.818

Bacterioscopia:

Comentário da Amostra: Cultura negativa para microrganismos multirresistentes - Cultura negativa para MRSA

Isolate Number: 1

Adelino Vito Belo
Biotecnologia - Microbiologia
CRM - 0204



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Avenida Agamenon Magalhães S/N, Darby - Telefone: (81) 3181-5462

LABORATORIO DE PATOLOGIA CLINICA - Microbiologia

Nome, Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO

Prontuario: 1642322

No Registro: 1642322

Data de Admissão:

Data de Nascimento:

Sexo:

Anamnese:

Leito: 8

Material: Secreção Traqueal

Observação:

Data da Requisição: 01/08/2018 08:00

Localização: UTI Adulto Salão A

Médico Solicitante:

Data de Entrada: 01-08-2018 08:00

No Amostra: 95.818

Bacterioscopia:

Comentário da Amostra: Não houve crescimento suficiente para cultura quantitativa , Cultura negativa

Isolate Number: 1

Assinado eletronicamente por:
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR





SEPAC
SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA



Nome.....: DAMARYS LIMA DA PATXAO 1642322
REGISTRO.....: 129485
Procedência.....: OUTROS
Leito.....: 509/ EXTRA
Impresso em 13/08/2018 AWA criasoft

Data.....: 09/08/2018 129485
Proprietário.....: 1642322
Horário de cadastro : 17:46
Horário de impressão : 10:59

Arquivo: 129485-1.pdf

BHCG - QUALITATIVO

Data da Coleta: 09/08/2018

Resultado

RESULTADO.....: NEGATIVO
MÉTODO EM NOCROWATERGRAFIA
LOTE: 3950774-L

[Handwritten signature]
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

AV. AGAMENON MAGALHÃES, SN - DERBY - RECIFE - PERNAMBUCO



Item

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amos: No: 69

Rack: 1 Tubo: 10 2018/08/09 10:49:21

ID DO LOTE: 1642322

Serviço: 5 NORTE

Nome: DAMARYS LIMA DA

PAIXAO 509-EXT

Data Nasc..

Sexo

ID Analisador XT-4000i-1

HEMOGRAMA

WBC 16.73 $\times 10^3/\mu\text{L}$
 RBC 3.98 $\times 10^6/\mu\text{L}$
 HGB 12.5 g/dL
 HCT 37.9 %
 MCV 95.2 fL
 MCH 31.4 pg
 MCHC 33.0 g/dL
 PLT 458 $\times 10^3/\mu\text{L}$
 RDW-SD 43.5 fL
 RDW-CV 13.0 %
 MPV 10.2 fL
 NEUT 10.48 %
 LYMPH 4.40 %
 MONO 1.36 %
 EO 0.43 %
 BASO 0.06 %

11.1 %
 11.1 %
 11.1 %
 11.1 %
 11.1 %

IG 0.71 $\times 10^3/\mu\text{L}$

4.2 %

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO %
 SEGMENTO %
 EOSIN %
 LINF %
 LINF ATIP %
 MONO %
 BASO %

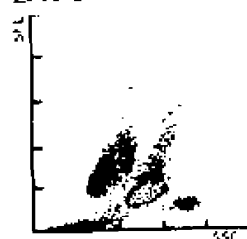
SERIE VERMELHA

NORMOCITICA
 NORMOCROMICA
 MICROCITOS
 MACROCITOS
 ANISOCITOSE
 ERITROBLASTO

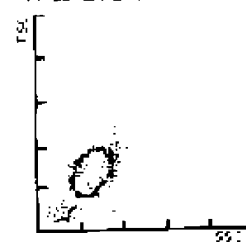
OBSERVACOES

META %
 MIELO %
 PROMIELO %
 BLASTO %
 GRAN TOXICAS

DIFF



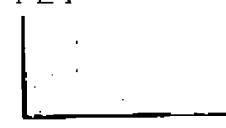
WBC/BASO



RBC



PLT



LÍQUIDOS BIOLÓGICOS

WBC-BF $\times 10^3/\mu\text{L}$
 RBC-BF $\times 10^6/\mu\text{L}$
 MN $\times 10^3/\mu\text{L}$ [%]
 PMN $\times 10^3/\mu\text{L}$ [%]
 TC-BF# $\times 10^3/\mu\text{L}$

WBC Mensagem IP

Infecção
 Infecção
 Infecção

Neutrófilos Banda?

Linfócitos Atípicos?

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP



Relatório Resultados Amostra

Serial Number	15071996				
SEPAC					
Instrument Model	ACL TOP 300 CTS				
HOSPITAL DA RESTAURACAO					
ID amostra:	1642322-69	Primeiro nome	DAMARYS LIMA PAIXAO	ID Rack:	58
Tipo amostra	Paciente	Apellido	509-EXT	ID Posição	1

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT RP	12.7 s 84 % 1.12 INR					06/09 2016 11:58:42	Validado



Secretaria de Saúde do Estado do Pernambuco
HOSPITAL DA REABILITAÇÃO
Secretaria Regional de Magalhães Silva Tenório - Telefone (81) 3131-1464

Accession Report (Default)

Nome Completo: DAMARYS LIMA DO PAIXAO

Identificador: 1642322

Id. Registro: 1642322

Id. Exame: 1642322

Unidade: Unidade

Id. Exame: 1642322

Id. Exame: 1642322

Id. Exame: 1642322

Id. Exame: 1642322

Id. Exame: 1642322

Data de Nascimento:

Sexo:

Atualizado:

Id. Exame:

Localização: UT Adulto São João

Médico Solicitante:

Data de Entrega: 03/08/2021 - UT 164

Id. Exame: 1642322

Adelino Vito Della
Biomédico - Microbiologista
CRM: 0285

Id. Exame: 1642322

Id. Exame: 1642322



1. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 284: 1039-1044.

Num. 73865695 - Pág. 48

Item:

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

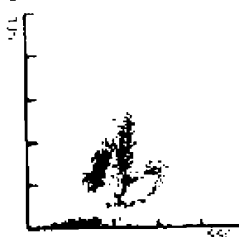
Amostra No: 34
ID DOENTE: 1004767
Nome: DAMARYS PAIXAO

Rack: Tubo: 0 2018/07/29 23:58:06
Serviço: VERMELHA UT
Data Nasc.: Sexo:
ID Analisador: XT 4000i-1

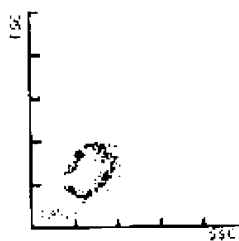
HEMOGRAMA

WBC	16.32 +	[10 ³ /uL]	
RBC	4.09	[10 ⁶ /uL]	
HGB	13.0	[g/dL]	
HCT	37.9	[%]	
MCV	92.7	[fL]	
MCH	31.8	[pg]	
MCHC	34.3	[g/dL]	
PLT	223	[10 ³ /uL]	
RDW-SD	43.0	[fL]	
RDW-CV	13.1	[%]	
MPV	9.6	[fL]	
NEUT	13.17 +	[10 ³ /uL]	80.7 + [%]
LYMPH	1.63	[10 ³ /uL]	10.0 - [%]
MONO	1.49 +	[10 ³ /uL]	9.1 [%]
EO	0.01	[10 ³ /uL]	0.1 [%]
BASO	0.02	[10 ³ /uL]	0.1 [%]

DIFF



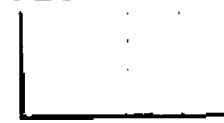
WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

IG 0.07 [10³/uL] 0.4 [%]

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

DIFERENCIAL MANUAL

SERIE VERMELHA

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

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

OBSERVACOES:

META..... %
MIELO..... %
ROMIELO..... %
BLASTO..... %
GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP

Neutrofilia
Monocitose

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Verificação de integridade
Assinatura
Data: 2018/07/29 23:58:06



Relatório Resultados Amostra

07/29/2018 23:47:15

Serial Number 15071896

SEPAC

Instrument Model ACL TOP 300 CTS

HOSPITAL DA RESTAURACAO

ID amostra: 100476734

Tipo amostra Paciente

Primeiro nome DAMARYS PADXAO

Apelido UT

ID Rack: 59

ID Posição 1

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
APT-SP	25.3 s 0.96 Ratio					07/29/2018 23:47:15	Validado
PT-RP	11.5 s 9.7 % 1.02 INR					07/29/2018 23:45:30	Validado

Funcionário: 100476734
Analises: 100476734
Data: 07/29/2018



Num. 73865695 - Pág. 51

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO DE MELLO JUNIOR - 11/10/20
REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO

REQUERIMENTO Nº 14.885 -
ALVARO



LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

3m.

Amostra No.: 135
ID DOENTE: 1004767
Nome: DAMARYS PAIXAO

L16

Rack: 2
Servico: SR

Tubo: 7 2018/07/30 13:42:38
Data Nasc.:
Sexo:
ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

WBC 16.68 + [10³/uL]
RBC 2.87 [10⁶/uL]
HGB 9.3 [g/dL]
HCT 27.0 [%]
MCV 94.1 [fL]
MCH 32.4 [pg]
MCHC 34.4 [g/dL]
PLT 243 [10³/uL]
RDW-SD 42.1 [fL]
RDW-CV 12.9 [%]
MPV 11.3 [fL]
NEUT 14.20 + [10³/uL]
LYMPH 1.31 [10³/uL]
MONO 1.16 + [10³/uL]
EO 0.00 [10³/uL]
BASO 0.01 [10³/uL]

85.0 + [%]
7.9 [%]
7.0 [%]
0.0 [%]
0.1 [%]

IG 0.07 [10³/uL]

DIFERENCIAL MANUAL

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

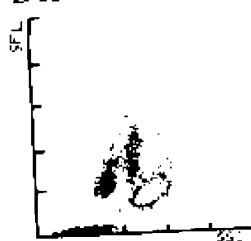
META..... %
MIELO..... %
PROMIELO..... %
BLASTO..... %
GRAN TOXICAS..... %

SERIE VERMELHA

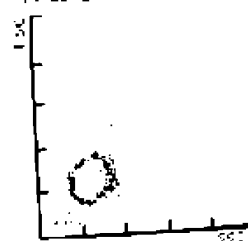
NORMOCITICA.....
NORMOCROMICA.....
MICROCITOS.....
MACROCITOS.....
ANISOCITOSE.....
ERITROBLASTO.....

OBSERVACOES:

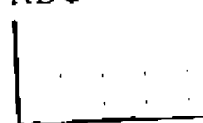
DIFF



WBC BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

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

WBC Mensagem IP
Neutrofilia
Monocitose

RBC/RET Mensagem IP
Anemia

PLT Mensagem IP



Relatório Resultados Amostra

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

ID amostra:	1004767-135	Primeiro nome	DAMARIYS LIMA	ID Rack:	57
Tipo amostra	Paciente	Apelido	SR	ID Posição	8

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT RP	12.0 s 91 % 1.06 ISR					07/30/2018 14:27:01	Validado



[illegible]

Item:

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO--SEPAC

Amostra No.: 27

Rack: 3 Tubo: 7 2018/08/07 07:51:27

ID DOENTE: 0608-27

Serviço: UTI AD 1

Nome: DAMARYS LIMA

L8

Data Nasc:

Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

WBC	16.91	+	[10 ³ /uL]	
RBC	3.75		[10 ⁶ /uL]	
HGB	11.9		[g/dL]	
HCT	35.6		[%]	
MCV	94.9		[fL]	
MCH	31.7		[pg]	
MCHC	33.4		[g/dL]	
PLT	435	+	[10 ³ /uL]	
RDW-SD	43.2		[fL]	
RDW-CV	13.0		[%]	
MPV	9.9		[fL]	
NEUT	11.27	*	[10 ³ /uL]	66.6 * [%]
LYMPH	3.68	*	[10 ³ /uL]	21.8 * [%]
MONO	1.30	*	[10 ³ /uL]	7.7 * [%]
EO	0.60	*	[10 ³ /uL]	3.5 * [%]
BASO	0.06		[10 ³ /uL]	0.4 [%]

IG	1.12	[10 ³ /uL]	6.6	[%]
----	------	-----------------------	-----	-----

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO	 %
SEGMENTO	 %
EOSIN	 %
LINF	 %
LINF ATIP	 %
MONO	 %
BASO	 %

META	 %
MIELO	 %
PROMIELO	 %
BLASTO	 %

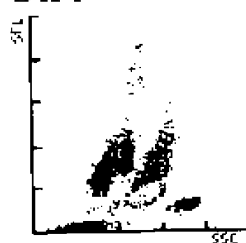
GRAN TOXICAS.....

SERIE VERMELHA

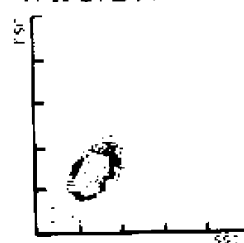
NORMOCITICA	.....
NORMOCROMICA	.....
MICROCITOS	.....
MACROCITOS	.....
ANISOCITOSE	.....
ERITROBLASTO	.....

OBSERVACOES

DIFF



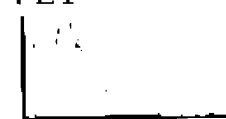
WBC BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

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

WBC Mensagem IP

Neutrofilia

Monocitose

Presença IG

Blastos?

Neutrófilos Banda?

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP



Item.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO--SEPAC

Amostra No.: 24

Rack: 3

Tubo: 4

05/08/2018 06:48:56

ID DOENTE: 1642322

Serviço: UTI-1 AD

Nome: DAMARYS LIMA DA

LIMA

Data Nasc.:

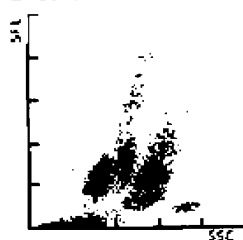
Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

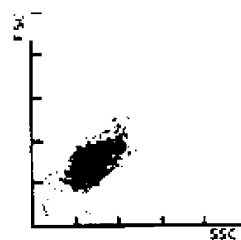
HEMOGRAMA

WBC	13.33 *	[10 ³ /uL]	
RBC	3.42	[10 ⁶ /uL]	
HGB	10.2	[g/dL]	
HCT	31.3	[%]	
MCV	91.5	[fL]	
MCH	29.8	[pg]	
MCHC	32.6	[g/dL]	
PLT	305	[10 ³ /uL]	
RDW-SD	40.9	[fL]	
RDW-CV	12.8	[%]	
MPV	10.2	[fL]	
NEUT	6.02 *	[10 ³ /uL]	60.0 * [%]
LYMPH	3.09 *	[10 ³ /uL]	23.2 * [%]
MONO	1.94 *	[10 ³ /uL]	14.6 * [%]
EO	0.14 *	[10 ³ /uL]	1.1 * [%]
BASO	0.14 *	[10 ³ /uL]	1.1 * [%]

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LÍQUIDOS BIOLÓGICOS

IG	1.70 *	[10 ³ /uL]	12.8 * [%]
----	--------	-----------------------	------------

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO	08	%
SEGMENTO	62	%
EOSIN	01	%
LINF	20	%
LINF ATIP	0	%
MONO	10	%
BASO		%

SERIE VERMELHA

NORMOCITICA	+
NORMOCROMICA	+
MICROCITOS	
MACROCITOS	
ANISOCITOSE	
ERITROBLASTO	

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

OBSERVAÇÕES:

META	%
MIELO	%
PROMIELO	%
BLASTO	%
GRAN TOXICAS	+

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Blastos



Relatório Resultados Amostra

08/05/2018 07:03:47

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

ID amostra:	1642322-24	Primeiro nome	DAMARYS LIMA	ID Rack:	57
Tipo amostra	Paciente	Apelido	UTI AD 1	ID Posição	2

Cód Teste	Resultados	Tipo	Retun	Retun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT RP	11.5 g 97 % 1.02 INR					08/05 2018 07:03:47	Validado

MANOEL CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/01/2021 10:15:45
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012110154487200000072401726
Número do documento: 21012110154487200000072401726



1. NAME _____
 2. ADDRESS _____
 3. CITY _____
 4. STATE _____
 5. ZIP _____
 6. PHONE _____
 7. DATE _____
 8. SIGNATURE _____
 9. PRINT NAME _____
 10. PRINT ADDRESS _____
 11. PRINT CITY _____
 12. PRINT STATE _____
 13. PRINT ZIP _____
 14. PRINT PHONE _____
 15. PRINT DATE _____
 16. PRINT SIGNATURE _____
 17. PRINT NAME _____
 18. PRINT ADDRESS _____
 19. PRINT CITY _____
 20. PRINT STATE _____
 21. PRINT ZIP _____
 22. PRINT PHONE _____
 23. PRINT DATE _____
 24. PRINT SIGNATURE _____
 25. PRINT NAME _____
 26. PRINT ADDRESS _____
 27. PRINT CITY _____
 28. PRINT STATE _____
 29. PRINT ZIP _____
 30. PRINT PHONE _____
 31. PRINT DATE _____
 32. PRINT SIGNATURE _____
 33. PRINT NAME _____
 34. PRINT ADDRESS _____
 35. PRINT CITY _____
 36. PRINT STATE _____
 37. PRINT ZIP _____
 38. PRINT PHONE _____
 39. PRINT DATE _____
 40. PRINT SIGNATURE _____
 41. PRINT NAME _____
 42. PRINT ADDRESS _____
 43. PRINT CITY _____
 44. PRINT STATE _____
 45. PRINT ZIP _____
 46. PRINT PHONE _____
 47. PRINT DATE _____
 48. PRINT SIGNATURE _____
 49. PRINT NAME _____
 50. PRINT ADDRESS _____
 51. PRINT CITY _____
 52. PRINT STATE _____
 53. PRINT ZIP _____
 54. PRINT PHONE _____
 55. PRINT DATE _____
 56. PRINT SIGNATURE _____
 57. PRINT NAME _____
 58. PRINT ADDRESS _____
 59. PRINT CITY _____
 60. PRINT STATE _____
 61. PRINT ZIP _____
 62. PRINT PHONE _____
 63. PRINT DATE _____
 64. PRINT SIGNATURE _____
 65. PRINT NAME _____
 66. PRINT ADDRESS _____
 67. PRINT CITY _____
 68. PRINT STATE _____
 69. PRINT ZIP _____
 70. PRINT PHONE _____
 71. PRINT DATE _____
 72. PRINT SIGNATURE _____
 73. PRINT NAME _____
 74. PRINT ADDRESS _____
 75. PRINT CITY _____
 76. PRINT STATE _____
 77. PRINT ZIP _____
 78. PRINT PHONE _____
 79. PRINT DATE _____
 80. PRINT SIGNATURE _____
 81. PRINT NAME _____
 82. PRINT ADDRESS _____
 83. PRINT CITY _____
 84. PRINT STATE _____
 85. PRINT ZIP _____
 86. PRINT PHONE _____
 87. PRINT DATE _____
 88. PRINT SIGNATURE _____
 89. PRINT NAME _____
 90. PRINT ADDRESS _____
 91. PRINT CITY _____
 92. PRINT STATE _____
 93. PRINT ZIP _____
 94. PRINT PHONE _____
 95. PRINT DATE _____
 96. PRINT SIGNATURE _____
 97. PRINT NAME _____
 98. PRINT ADDRESS _____
 99. PRINT CITY _____
 100. PRINT STATE _____
 101. PRINT ZIP _____
 102. PRINT PHONE _____
 103. PRINT DATE _____
 104. PRINT SIGNATURE _____
 105. PRINT NAME _____
 106. PRINT ADDRESS _____
 107. PRINT CITY _____
 108. PRINT STATE _____
 109. PRINT ZIP _____
 110. PRINT PHONE _____
 111. PRINT DATE _____
 112. PRINT SIGNATURE _____
 113. PRINT NAME _____
 114. PRINT ADDRESS _____
 115. PRINT CITY _____
 116. PRINT STATE _____
 117. PRINT ZIP _____
 118. PRINT PHONE _____
 119. PRINT DATE _____
 120. PRINT SIGNATURE _____
 121. PRINT NAME _____
 122. PRINT ADDRESS _____
 123. PRINT CITY _____
 124. PRINT STATE _____
 125. PRINT ZIP _____
 126. PRINT PHONE _____
 127. PRINT DATE _____
 128. PRINT SIGNATURE _____
 129. PRINT NAME _____
 130. PRINT ADDRESS _____
 131. PRINT CITY _____
 132. PRINT STATE _____
 133. PRINT ZIP _____
 134. PRINT PHONE _____
 135. PRINT DATE _____
 136. PRINT SIGNATURE _____
 137. PRINT NAME _____
 138. PRINT ADDRESS _____
 139. PRINT CITY _____
 140. PRINT STATE _____
 141. PRINT ZIP _____
 142. PRINT PHONE _____
 143. PRINT DATE _____
 144. PRINT SIGNATURE _____
 145. PRINT NAME _____
 146. PRINT ADDRESS _____
 147. PRINT CITY _____
 148. PRINT STATE _____
 149. PRINT ZIP _____
 150. PRINT PHONE _____
 151. PRINT DATE _____
 152. PRINT SIGNATURE _____
 153. PRINT NAME _____
 154. PRINT ADDRESS _____
 155. PRINT CITY _____
 156. PRINT STATE _____
 157. PRINT ZIP _____
 158. PRINT PHONE _____
 159. PRINT DATE _____
 160. PRINT SIGNATURE _____
 161. PRINT NAME _____
 162. PRINT ADDRESS _____
 163. PRINT CITY _____
 164. PRINT STATE _____
 165. PRINT ZIP _____
 166. PRINT PHONE _____
 167. PRINT DATE _____
 168. PRINT SIGNATURE _____
 169. PRINT NAME _____
 170. PRINT ADDRESS _____
 171. PRINT CITY _____
 172. PRINT STATE _____
 173. PRINT ZIP _____
 174. PRINT PHONE _____
 175. PRINT DATE _____
 176. PRINT SIGNATURE _____
 177. PRINT NAME _____
 178. PRINT ADDRESS _____
 179. PRINT CITY _____
 180. PRINT STATE _____
 181. PRINT ZIP _____
 182. PRINT PHONE _____
 183. PRINT DATE _____
 184. PRINT SIGNATURE _____
 185. PRINT NAME _____
 186. PRINT ADDRESS _____
 187. PRINT CITY _____
 188. PRINT STATE _____
 189. PRINT ZIP _____
 190. PRINT PHONE _____
 191. PRINT DATE _____
 192. PRINT SIGNATURE _____
 193. PRINT NAME _____
 194. PRINT ADDRESS _____
 195. PRINT CITY _____
 196. PRINT STATE _____
 197. PRINT ZIP _____
 198. PRINT PHONE _____
 199. PRINT DATE _____
 200. PRINT SIGNATURE _____
 201. PRINT NAME _____
 202. PRINT ADDRESS _____
 203. PRINT CITY _____
 204. PRINT STATE _____
 205. PRINT ZIP _____
 206. PRINT PHONE _____
 207. PRINT DATE _____
 208. PRINT SIGNATURE _____
 209. PRINT NAME _____
 210. PRINT ADDRESS _____
 211. PRINT CITY _____
 212. PRINT STATE _____
 213. PRINT ZIP _____
 214. PRINT PHONE _____
 215. PRINT DATE _____
 216. PRINT SIGNATURE _____
 217. PRINT NAME _____
 218. PRINT ADDRESS _____
 219. PRINT CITY _____
 220. PRINT STATE _____



Item

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 4

Rack: 1 Tubo: 4 2018/08/04 08:06:16

ID DOENTE: 1642322

Serviço: UTI AD 1

Nome: DAMARYS LIMA DA

PAIXAO L-08

Data Nasc.:

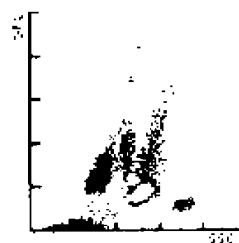
Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

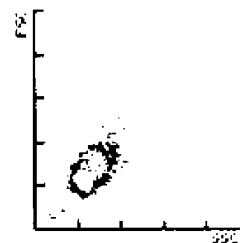
HEMOGRAMA

WBC	8.78 *	[10 ³ /uL]	
RBC	3.07	[10 ⁶ /uL]	
HGB	9.7	[g/dL]	
HCT	29.5	[%]	
MCV	96.1	[fL]	
MCH	31.6	[pg]	
MCHC	32.9	[g/dL]	
PLT	247	[10 ³ /uL]	
RDW-SD	44.1	[fL]	
RDW-CV	13.3	[%]	
MPV	10.4	[fL]	
NEUT	5.11 *	[10 ³ /uL]	58.2 * [%]
LYMPH	2.42 *	[10 ³ /uL]	27.6 * [%]
MONO	1.00 *	[10 ³ /uL]	11.4 * [%]
EO	0.17 *	[10 ³ /uL]	1.9 * [%]
BASO	0.08 *	[10 ³ /uL]	0.9 * [%]

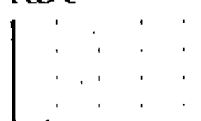
DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

IG	0.73 *	[10 ³ /uL]	8.3 *	[%]
----	--------	-----------------------	-------	-----

DIFERENCIAL MANUAL

SERIE VERMELHA

BASTAO.....	2%
SEGMENT.....	2%
EOSIN.....	2%
LINF.....	2%
LINF ATIP.....	2%
MONO.....	2%
BASO.....	2%

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

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

OBSERVACOES

META.....%

MIELO.....%

PROMIELO.....%

BLASTO.....%

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Anemia

Granulócitos Imaturos?

Neutrófilos Banda?

Linfócitos Atípicos?

NRBC?



Relatório Resultados Amostra

Serial Number 15071996

SEPAC

Instrument Model ACL TOP 300 CTS

HOSPITAL DA RESTAURACAO

ID amostra: 1642322-4

Tipo amostra Paciente

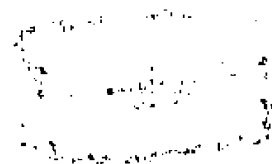
Primeiro nome DAMARYS LIMA

Apelido UTI AD 1

ID Rack: 58

ID Posição 4

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT-RP	100 %				MT	08/04/2016 07:43:13	Validado
	100 %						
	0.96 14R						




tem

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No. 301

Rack: 1 Tubo: 1 2018/07/31 11:06:07

ID DOENTE: 1642322

Serviço: SR

Nome: DAMARYS LIMA DA

PAIXAO L16

Data Nasc.:

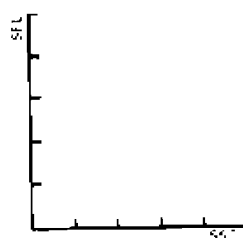
Sexo:

ID Analisador: XT-4000i 1

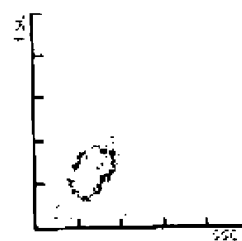
HEMOGRAMA

WBC	12.15	[10 ³ /uL]
RBC		[10 ⁶ /uL]
HGB	7.0	[g/dL]
HCT	20.1	[%]
MCV		[fL]
MCH		[pg]
MCHC		[g/dL]
PLT		[10 ³ /uL]
RDW-SD		[fL]
RDW-CV		[%]
MPV		[fL]
NEUT		[10 ³ /uL] [%]
LYMPH		[10 ³ /uL] [%]
MONO		[10 ³ /uL] [%]
EO		[10 ³ /uL] [%]
BASO		[10 ³ /uL] [%]

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

IG	[10 ³ /uL]	[%]
----	-----------------------	-----

DIFERENCIAL MANUAL

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

SERIE VERMELHA

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

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

OBSERVACOES:

META.	%
MELO.	%
PROMIELO	%
BLASTO	%
GRAN. TOXICAS	.....

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP
Anemia

PLT Mensagem IP



Item.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 9
 ID DOENTE: 1642322
 Nome: DAMARYS LIMA DA

Rack: 1
 Serviço: UTI AD 1
 PAIXAO L-08

Tubo: 9 2018/08/01 23:06:03
 Data Nasc.:
 Sexo:
 ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

WBC	5.36	[10 ³ /uL]	
RBC	3.24	[10 ⁶ /uL]	
HGB	10.6	[g/dL]	
HCT	29.8	[%]	
MCV	92.0	[fL]	
MCH	32.7	[pg]	
MCHC	35.6	[g/dL]	
PLT	151	[10 ³ /uL]	
RDW-SD	43.0	[fL]	
RDW-CV	13.2	[%]	
MPV	10.8	[fL]	
NEUT	4.32 *	[10 ³ /uL]	80.6 * [%]
LYMPH	0.56	[10 ³ /uL]	10.4 * [%]
MONO	0.47	[10 ³ /uL]	8.8 [%]
EO	0.00 *	[10 ³ /uL]	0.0 * [%]
BASO	0.01	[10 ³ /uL]	0.2 [%]

IG	0.01	[10 ³ /uL]	0.2 [%]
----	------	-----------------------	---------

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO %
 SEGMENTO %
 EOSIN %
 LINF %
 LINF ATIP %
 MONO %
 BASO %

META %
 MIELO %
 PROMIELO %
 BLASTO %

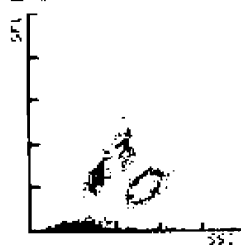
GRAN TOXICAS.....

SERIE VERMELHA

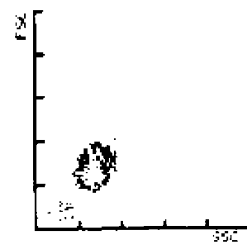
NORMOCITICA
 NORMOCROMICA
 MICROCITOS
 MACROCITOS
 ANISOCITOSE
 ERITROBLASTO

OBSERVACOES: _____

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

WBC-BF	[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

PLT Mensagem IP

Neutrófilos Banda?



Relatório Resultados Amostra

08/01/2018 22:37:25

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

ID amostra:	1642322-09	Primeiro nome	DAMARYS LIMA PAIXAO	ID Rack:	57
Tipo amostra	Paciente	Apelido	UT1 L-08	ID Posição	3

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT RP	11.2 s 1.01 s 0.99 INR					08/01/2018 22:37:25	Validado



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
QUÍMICA - NITRÓGENO E FÓSFORO
EXATOS

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
QUÍMICA
NITRÓGENO E FÓSFORO
EXATOS

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
QUÍMICA

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
QUÍMICA

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
QUÍMICA

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
QUÍMICA

Item	Descrição	Unidade	Valor	Observações
1	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
2	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
3	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
4	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
5	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
6	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
7	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
8	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
9	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
10	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
11	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
12	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
13	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
14	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
15	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
16	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
17	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
18	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
19	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
20	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
21	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
22	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
23	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
24	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
25	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
26	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
27	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
28	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
29	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
30	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
31	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
32	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
33	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
34	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
35	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
36	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
37	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
38	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
39	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
40	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
41	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
42	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
43	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
44	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
45	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
46	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
47	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
48	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
49	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
50	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
51	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
52	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
53	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
54	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
55	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
56	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
57	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
58	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
59	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
60	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
61	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
62	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
63	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
64	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
65	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
66	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
67	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
68	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
69	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
70	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
71	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
72	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
73	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
74	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
75	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
76	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
77	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
78	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
79	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
80	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
81	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
82	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
83	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
84	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
85	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
86	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
87	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
88	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
89	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
90	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
91	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
92	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
93	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
94	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
95	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
96	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
97	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
98	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
99	AMONÍACO	mg/dL	0,00	
100	AMONÍACO	mg/dL	0,00	

Item. LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 6 Rack: 1 Tubo: 6 2016/08/02 07:47:29

ID DOENTE: 1642322 Serviço: UTI AD 1

Nome: DAMARYS LIMA DA PAIXAO L-08 Data Nasc.: Sexo:

ID Analisador: XT-4000i 1

HEMOGRAMA

WBC	6.39	[10 ³ /uL]	
RBC	3.02	[10 ⁶ /uL]	
HGB	9.7	[g/dL]	
HCT	28.1	[%]	
MCV	93.0	[fL]	
MCH	32.1	[pg]	
MCHC	34.5	[g/dL]	
PLT	170	[10 ³ /uL]	
RDW-SD	43.8	[fL]	
RDW-CV	13.4	[%]	
MPV	11.0	[fL]	
NEUT	4.86	[10 ³ /uL]	76.0 + [%]
LYMPH	0.98	[10 ³ /uL]	15.3 + [%]
MONO	0.54	[10 ³ /uL]	8.5 [%]
EO	0.00	[10 ³ /uL]	0.0 [%]
BASO	0.01	[10 ³ /uL]	0.2 [%]

IG	0.03	[10 ³ /uL]	0.5 [%]
----	------	-----------------------	---------

DIFERENCIAL MANUAL

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

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

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP

SERIE VERMELHA

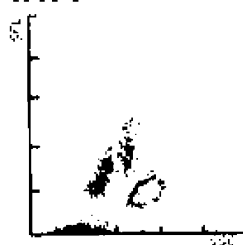
NORMOCITICA.....
NORMOCROMICA.....
MICROCITOS.....
MACROCITOS.....
ANISOCITOSE.....
ERITROBLASTO.....

OBSERVACOES.....

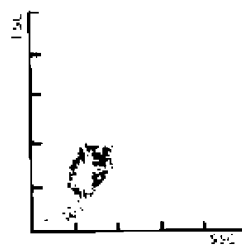
RBC/RET Mensagem IP
Anemia

PLT Mensagem IP

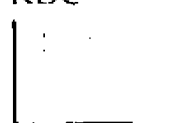
DIFF



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]	



Atenção: Este documento é de uso exclusivo do Hospital de Referência de Pernambuco, sendo vedada a sua reprodução ou divulgação sem a devida autorização. Qualquer violação será considerada crime contra a administração pública, nos termos da Lei nº 8.038/90.

Assinatura: _____
Cargo: _____
Data: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE PERNAMBUCO
UNIDADE DE ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

HR

AL FACULDADE DE CIÊNCIAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS EXATAS
CURSO DE LICENCIATURA EM MATEMÁTICA

PROVA DE MATEMÁTICA II
DATA: 20/01/2021
HORARIO: 14h00
DURAÇÃO: 2h00

QUESTÃO 1. Sejam $f: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ e $g: \mathbb{R} \rightarrow \mathbb{R}$ as funções definidas por
 $f(x) = x^2 + 1$ e $g(x) = x - 1$.
a) Calcule $(f \circ g)(x)$ e $(g \circ f)(x)$.
b) Calcule $f(g(x))$ e $g(f(x))$.

Nome do Aluno:	
Matrícula:	
Assinatura:	
Assinatura do Professor:	

139
3,5
1,5

Mônica Ferreira
RBM-PEA



Nome: DAMARYS LIMA DA PAIXAO SIC
Idade: 23 Sexo: F
Médico: MEDICO-PL ANTONISIA LEMER HR
Procedência: SUS - AMBULATORIO

Pedido: 475162
Data do Pedido: 30/07/2018 15:59:00
Data do Exame: 30/07/2018 16:11:23
Atendimento: 1004767

USG PÉLVICA TRANSVAGINAL

ACHADOS:

Bexiga vazia, com balão de sonda de Foley
Útero em anteversoflexão, de volume normal e com textura miometrial homogênea, sem lesões focais.
Endométrio de textura homogênea, com espessura de 0,6 cm.
Ovário direito com volume normal, o esquerdo discretamente aumentado, ambos apresentando
varias pequenas imagens císticas periféricas.
Ausência de coleção em fundo de saco posterior.

* Não há sinais ecográficos atuais de gravidez tópica ou ectópica.

CONCLUSÃO: - Útero ecograficamente normal.
- Ovários de textura policística.

ALICE DA COSTA PIMENTEL DE ALBUQUERQUE
14120

Página 1 de 1



Amostra No.: 18

Rack: 2

Tubo: 8

2018/08/06 08:02:05

ID DOENTE 1642322

Serviço: UTI AD 1

Nome: DAMARYS LIMA DA

PAIXAO L-08

Data Nasc

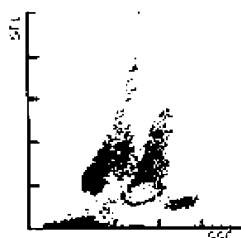
Sexo:

ID Analisador XT-4000i-1

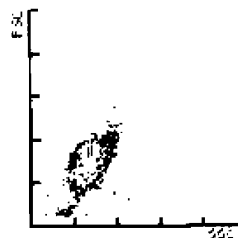
HEMOGRAMA

WBC	15.52 +	[10 ³ /uL]	
RBC	3.62	[10 ⁶ /uL]	
HGB	11.4	[g/dL]	
HCT	34.1	[%]	
MCV	94.2	[fL]	
MCH	31.5	[pg]	
MCHC	33.4	[g/dL]	
PLT	376	[10 ³ /uL]	
RDW-SD	42.6	[fL]	
RDW-CV	13.0	[%]	
MPV	10.1	[fL]	
NEUT	10.19 *	[10 ³ /uL]	65.6 * [%]
LYMPH	3.41 *	[10 ³ /uL]	22.0 * [%]
MONO	1.32 *	[10 ³ /uL]	8.5 * [%]
EO	0.48 *	[10 ³ /uL]	3.1 * [%]
BASO	0.12 +	[10 ³ /uL]	0.8 [%]

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LÍQUIDOS BIOLÓGICOS

IG 1.12 [10³/uL] 7.2 [%]

DIFERENCIAL MANUAL

SÉRIE VERMELHA

BASTAO.....%

SEGMENT.....%

EOSIN.....%

LINF.....%

LINF ATIP.....%

MONO.....%

BASO.....%

NORMOCITICA.....

NORMOCROMICA.....

MICROCITOS.....

MACROCITOS.....

ANISOCITOSE.....

ERITROBLASTO.....

WBC-BF [10³/uL]

RBC-BF [10⁶/uL]

MN [10³/uL] [%]

PMN [10³/uL] [%]

TC-BF# [10³/uL]

OBSERVAÇÕES:

META.....%

MIELO.....%

PROMIELO.....%

BLASTO.....%

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Monocitose

Presença IG

Blastos?

Neutrófilos Banda?



Relatório Resultados Amostra

08/06/2018 09:41:54

Serial Number 150/1996
SEPAC
Instrument Model ACL TOP 300 CTS
HOSPITAL DA RESTAURACAO

ID amostra:	1642322-18	Primeiro nome	DAMARYS LIMA	ID Rack:	60
Tipo amostra	Paciente	Apelido	UTI AD-1	ID Posição	1

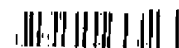
Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT-RP	11.3 s 100 % 1.00 INR					08/06/2018 09:41:54	Validado

08/06/2018 09:41:54
DAMARYS LIMA
UTI AD-1
1642322-18





SEPA C
SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA



Nome.....: DAMARYS LEVA

REGISTRO.....: 129316

Procedência.: OUTROS

Leito.....: SRPA L16

Impressão.: 30/07/2018 GORETE criasoft

Data.....: 30/07/2018 129316

Prontuário.: 1004767

Honário de cadastro : 16:00

Honário de impressão : 16:10

Exames solicitados: Hemograma

BHCG - QUALITATIVO

Data da Coleta: 30/07/2018

Resultado

RESULTADO.....: **NEGATIVO**

METODO: IMUNOCROMATOGRAFIA

LOTE: 3050274-L

AV. AGAMENON MAGALHÃES, SN - DERBY - RECIFE - PERNAMBUCO



PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 001/2021

Objeto: Contratação de empresa para prestação de serviços de manutenção e reparação de equipamentos eletrônicos.

Valor: R\$ 1.000,00 (um mil reais).

Local de entrega: Rua da Liberdade, 123 - Centro - São Paulo/SP.

Assinatura do prestatador de serviços: _____

Assinatura do representante legal da empresa: _____

Assinatura do representante legal da empresa: _____

Assinatura do representante legal da empresa: _____

Assinatura do representante legal da empresa: _____

Assinatura do representante legal da empresa: _____

Assinatura do representante legal da empresa: _____

Assinatura do representante legal da empresa: _____

Assinatura do representante legal da empresa: _____

EMPRESA		VALOR	
1	126	1	126
2	45	2	45
3	104	3	104
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	
8		8	
9		9	
10		10	
11		11	
12		12	
13		13	
14		14	
15		15	
16		16	
17		17	
18		18	
19		19	
20		20	
21		21	
22		22	
23		23	
24		24	
25		25	
26		26	
27		27	
28		28	
29		29	
30		30	
31		31	
32		32	
33		33	
34		34	
35		35	
36		36	
37		37	
38		38	
39		39	
40		40	
41		41	
42		42	
43		43	
44		44	
45		45	
46		46	
47		47	
48		48	
49		49	
50		50	
51		51	
52		52	
53		53	
54		54	
55		55	
56		56	
57		57	
58		58	
59		59	
60		60	
61		61	
62		62	
63		63	
64		64	
65		65	
66		66	
67		67	
68		68	
69		69	
70		70	
71		71	
72		72	
73		73	
74		74	
75		75	
76		76	
77		77	
78		78	
79		79	
80		80	
81		81	
82		82	
83		83	
84		84	
85		85	
86		86	
87		87	
88		88	
89		89	
90		90	
91		91	
92		92	
93		93	
94		94	
95		95	
96		96	
97		97	
98		98	
99		99	
100		100	

126
45
104
|

mg
n
n



Item:

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO...SEPAC

Amostra No.: 195

Rack: 3

Tubo: 7

2018/07/31 15:11:33

ID DOENTE 1642322

Serviço: SR

Nome: DAMARYS LIMA DA

PAIXAO L16

Data Nasc.:

Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

CT	11.50	[10 ³ /uL]
MCV	2.20	[10 ⁶ /uL]
MCH	7.1	[g/dL]
MCHC	20.8	[%]
PLT	94.5	[fL]
RDW SD	32.3	[pg]
RDW CV	34.1	[g/dL]
MPV	146	[10 ³ /uL]
NEUT	42.8	[fL]
LYMPH	13.2	[%]
MONO	11.2	[fL]
EO	8.62	+ [10 ³ /uL]
BASO	1.68	+ [10 ³ /uL]
IG	1.18	+ [10 ³ /uL]
	0.02	[10 ³ /uL]
	0.00	[10 ³ /uL]
	0.03	[10 ³ /uL]

74.9	+	[%]
14.6	-	[%]
10.3		[%]
0.2		[%]
0.0		[%]

0.3 [%]

DIFERENCIAL MANUAL

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

META	.....	[%]
MIELO	.....	[%]
PROMIELO	.....	[%]
BLASTO	.....	[%]
GRAN TOXICAS	.....	

WBC Mensagem IP
Monocitose

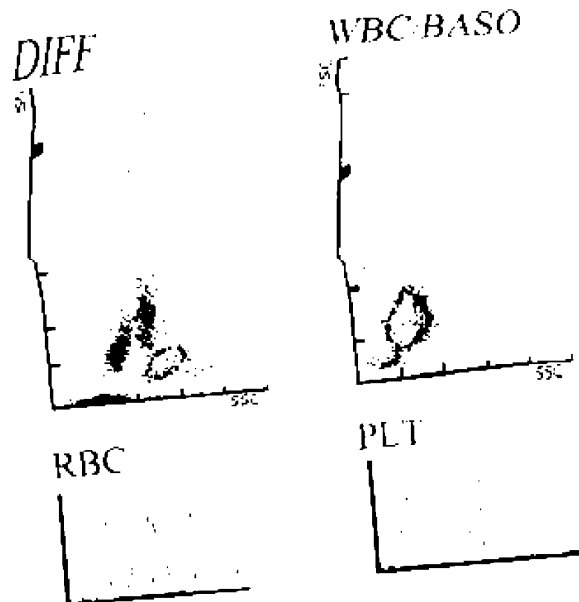
SERIE VERMELHA

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

OBSERVACOES:

RBC/RET Mensagem IP
Anemia

PLT Mensagem IP



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]

	[10 ³ /uL]	
	[10 ⁶ /uL]	
	[10 ³ /uL]	[%]
	[10 ³ /uL]	[%]
	[10 ³ /uL]	



Relatório Resultados Amostra

07/31/2018 15:37:27

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

ID amostra:	1642322-195	Primeiro nome	DAMARYS LIMA	ID Rack:	58
Tipo amostra	Paciente	Apellido	SR	ID Posição	6

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT-RP	10.9 s 100 % B 97 INR					07/31/2018 15:37:27	Validado



605-16



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA

SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO- HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SEPAC- SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA

LAUDO DE RESULTADO

Data: ____/____/____ Nº do Registro: _____ Localização: _____
Nome do Paciente: _____

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO QUALITATIVA DO β -hCG

Amostra: soro ou urina Nome do produto: BIOEASY lote: HCG1073052-D; Método: imunocromatografia

INTERPRETAÇÃO DO TESTE: NEGATIVO OU POSITIVO

RESULTADO

.....
Analista



EXERCÍCIO DE INTERPRETAÇÃO
DE TEXTO
DE TEXTO

1. Leia o texto e responda às questões.

2. Assinale a alternativa correta.

3. Assinale a alternativa correta.

4. Assinale a alternativa correta.

5. Assinale a alternativa correta.

QUESTÃO	RESPOSTA	COMENTÁRIO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		
33.		
34.		
35.		
36.		
37.		
38.		
39.		
40.		
41.		
42.		
43.		
44.		
45.		
46.		
47.		
48.		
49.		
50.		
51.		
52.		
53.		
54.		
55.		
56.		
57.		
58.		
59.		
60.		
61.		
62.		
63.		
64.		
65.		
66.		
67.		
68.		
69.		
70.		
71.		
72.		
73.		
74.		
75.		
76.		
77.		
78.		
79.		
80.		
81.		
82.		
83.		
84.		
85.		
86.		
87.		
88.		
89.		
90.		
91.		
92.		
93.		
94.		
95.		
96.		
97.		
98.		
99.		
100.		

Assinatura: _____ Data: _____

101.

102.

103.



EXCERPT OF THE
PROCEEDINGS OF THE
FEDERAL JUDICIAL COUNCIL
OF THE
UNITED STATES OF AMERICA

IN THE MATTER OF
THE ELECTION OF
JUDGES TO THE
FEDERAL JUDICIAL COUNCIL

FOR THE
YEAR 1901

REPORT OF THE
COMMISSIONERS
OF THE
FEDERAL JUDICIAL COUNCIL

FOR THE YEAR 1901

1901

WASHINGTON, D. C.

PRINTED BY THE
GOVERNMENT PRINTING OFFICE

REPORT OF THE COMMISSIONERS OF THE FEDERAL JUDICIAL COUNCIL	FOR THE YEAR 1901	1901	WASHINGTON, D. C.
PRINTED BY THE GOVERNMENT PRINTING OFFICE	FOR THE YEAR 1901	1901	WASHINGTON, D. C.

1901

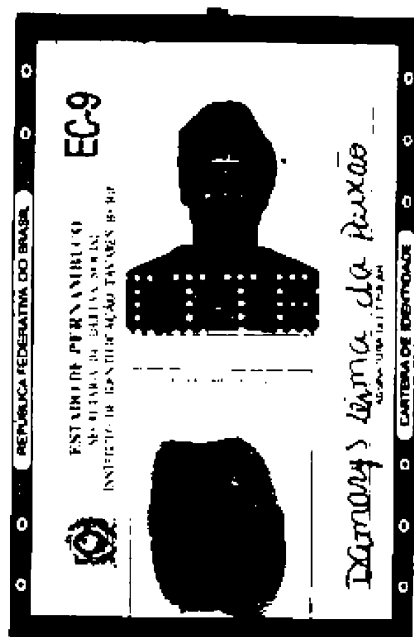
WASHINGTON, D. C.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE - SES HOSPITAL DA RESTAURACÃO RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Nome do Emitente: _____ UF: _____ Nº: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Data: _____ Assinatura do Médico: _____	
1ª VIA PARA: _____ 2ª VIA PARA: _____		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ RG: _____ CPF: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Data: _____ Assinatura do Médico: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Nome: _____ RG: _____ CPF: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Data: _____ Assinatura do Médico: _____		3ª VIA PARA: _____ 4ª VIA PARA: _____ 5ª VIA PARA: _____	

21012110154487200000072401726
21012110154487200000072401726
21012110154487200000072401726





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PERÍMETRO GERAL 9.290.781 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/09/2018

NOME << DAMARYS LIMA DA PAIXÃO >>

FILIAÇÃO << REGINALDO ANTONIO DA PAIXÃO >>
<< SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXÃO >>

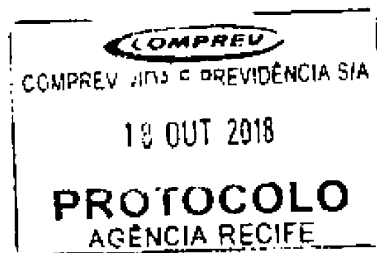
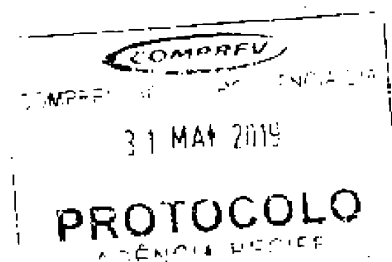
NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 08/10/1994

DIG. CIVIL << CN. 802 LAQ1 F.249 CART. PINA, RECIFE-PE 18.10.1994 >>

CPF 113.187.394-70

ASSINATURA DO DETENTOR
LEI Nº 11.340 DE 24/08/2006 F-83 20.762 - 4691

15183335328091139088328587



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190356398

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAMARYS LIMA DA PAIXAO

Data do acidente: 29/07/2018

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE grave com HSDA, contusão temporal esquerda

Descrição do exame físico: Vítima com afundamento importante em região temporal esquerda, consciente e algo desorientada, tem dificuldade em informar o dia da semana, ou o local onde foi o acidente. Apresenta déficit cognitivo discreto. Não faz uso de medicação contínua

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com craniectomia descompressiva, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 3 meses.

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve (25%) em estrutura crânio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/08/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em estrutura crânio facial, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190356398

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAMARYS LIMA DA PAIXAO

Data do acidente: 29/07/2018

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (HEMATOMA SUBDURAL AGUDO / CONTUSÃO TEMPORAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA) E ALTA MÉDICA PÁG 16

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: ***REENCAMINHADA À PERÍCIA MÉDICA, ANÁLISE EM 18/12/2018 - EM TRATAMENTO.

(X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190356398

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAMARYS LIMA DA PAIXAO

Data do acidente: 29/07/2018

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (HEMATOMA SUBDURAL AGUDO / CONTUSÃO TEMPORAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA) E ALTA MÉDICA PÁG 16

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: ***REENCAMINHADA À PERÍCIA MÉDICA, ANÁLISE EM 18/12/2018 - EM TRATAMENTO.

(X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

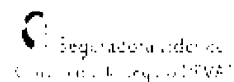
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0185138/19

Vítima: DAMARYS LIMA DA PAIXAO

CPF: 113.187.394-70

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 29/07/2018

Titular do CPF: DAMARYS LIMA DA PAIXAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

DAMARYS LIMA DA PAIXAO : 113.187.394-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/05/2019
Nome: DAMARYS LIMA DA PAIXAO
CPF: 113.187.394-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/05/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

DAMARYS LIMA DA PAIXAO

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

