Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

21/01/2021

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

00060992

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

Pag. 01289/01290 - carta_01 - INVALIDEZ

00020645

Carta nº 14392822

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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 113.187.394-70 | Nome completo da vítima: Domayys Lima da Paixão

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Domayys Lima da Paixão | CPF: 113.187.394-70

Profissão: diarista | Endereço: Rua oitenta e oito | Número: 75 | Complemento: APTO 102

Bairro: Maranguape | Cidade: Paulista | Estado: PE | CEP: 53441-340

E-mail | Tel (DDD):

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 6341 0 (informar o dígito se existir) CONTA: 7550 7 (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 a cobertura de invalidez permanente do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a sessenta (60) 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 me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não implica em futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
18 OUT 2018
PROTOCOLO

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou neto(a) (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data,
Nome:
CPF:
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

TESTEMUNHAS
1º | Nome: COMPREV
CPF:
31 MAI 2018
Assinatura
2º | Nome:
CPF: PROTOCOLO
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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

COMPREV
31 MAI 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

GOVERNO DE PERNAMBUCO
Secretaria de Defesa Social
POLÍCIA CIVIL

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4ªCIRC
DIM/2ªDESEC

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 - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 29/7/2018 às 18:11

Fato ocorrido no endereço: AV. CLAUDIO GUEIROS LEITE, S/N-JANGA, PAULISTA-PE. - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL Proximo a: BAIRRO DE JANGA (BAIRRO), 1 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrencia:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrencia:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
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 no plantão) - Sexo: Feminino Mae: SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO Pai: REGINALDO ANTONIO DA PAIXAO Data de Nascimento: 8/10/1994 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8208751/SDS/PE (RG), 11316739470 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: ATENDENTE Telefones Celulares:
- 81986277616
- 81987234352

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

SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mae: MARIA JOSE DE LIMA Data de Nascimento: 7/3/1972 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4462886/SDS/PE (RG), 61744369473 (CPF) Estado Civil

DIVORCIADO(A) Escolaridade: **2°. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROMOTOR** Telefones Celulares - **81987234393**

Endereço Residencial: **RUA DOIS, 1064 - CEP: 53000-000 - Bairro: MARANGUAPE - 1 - 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** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

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

Placa: **PFQ4493** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Descrição: **MOTOCICLETA**

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

Descrição: **AUTOMOVEL**

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

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATO DA NOTICIANTE E GENITORA DA VITIMA, RELATOU QUE EM 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 AUTOMOVEL NAO IDENTIFICADO, CONDUZIDO POR UM DESCONHECIDO, DE IMEDIATO UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS, COMANDADA PELO SGT. GLEYDSON, MATRICULA 946444-0, 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 RESTAURAÇAO, ONDE FICOU INTERNADA NO PERIODO DE 20/07/2018 A 21/08/2018, EO CONDUTOR DA MOTOCICLETA FICOU INTERNADO NO HOSPITAL MIGUEL ARRAES, NO MUNICIPIO DE PAULISTA-PE.

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

Solange Maria Lima da Paixão

SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO
(NOTICIANTE)

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

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
31 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

COMPREV
CONTRIBUIÇÃO E PREVIDÊNCIA S/A
08 AGO 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0334001036**

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

Complementa o BO Numero: **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 QUEIROS 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 (VITIMA)

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: **8/10/1994** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9290791/SDS/PE (RG) 11318739470 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ATENDENTE** Telefones Celulares:
- **81987234353**
- **81985277516**

Endereço Residencial: **RUA OITENTA E OITO, 1, APTO. 103-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/SDS/PE (RG) 01744250472 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROMOTOR** Telefones Celulares:
- **81987234353**

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

EWERTON LOPES BEZERRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALDÉCY DE SOUZA LOPES** Pai: **FRANCISCO OTEAS BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **19/4/1986** 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: **8/5/1992** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8103560/SDS/PE (RG), 05671188478 (CPF), 05463402306 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **RUA JORNALISTA EDSON REGIS 1 ATE 584, 1198, AP. 403 - CEP: 58000-000 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) 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: **PFQ4493** (PERNAMBUCO/PAULISTA) Renavam: **267282990** Chassi: **9C6KG0450B0000665**
Combustível: **GASOLINA**

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

Placa: **PQA9218** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **498397181** Chassi: **9BGSU19F0DB165666**
Combustível: **ALCO/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 16H11 , A VITIMA TRASITAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA DE PLACA PFQ-4493-PE, CONDUZIDA PELO SR. HUGO BARBOSA SANTANA, QUANDO DE REPENTE COLIDIU COM UM AUTOMOVEL NAO IDENTIFICADO, CONDUZIDO POR UM DESCONHECIDO, DE IMEDIATO UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS, COMANDADA PELO SGT. GLEYSSON, MATRICULA 940444-9, OCORREU AS VITIMAS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, NO MUNICIPIO DE PAULISTA-PE, DEPOIS DE PROCEDIMENTOS MEDICOS, A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇAO, 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 PAIXAO , NA GARUPA, QUANDO HOUVE A COLISÃO COM O REFERIDO CARRO. QUE HÁ UM B.O.E. (BOLETIM DE OCORRÊNCIA ELETRÔNICO) SOBRE O MESMO FATO, DE Nº 16E0118007892, 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

BOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO
(NOTICIANTE)

HUGO BARBOSA SANTANA
(NOTICIANTE)

COMPREV
CONTRIBUIÇÃO E PREVIDÊNCIA S/A
08 AGO 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0334001036**

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

Complementa o BO Numero: **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 QUEIROS 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 (VITIMA)

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: **8/10/1994** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9290791/SDS/PE (RG) 11318739470 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ATENDENTE** Telefones Celulares:
- **81987234353**
- **81985277516**

Endereço Residencial: **RUA OITENTA E OITO, 1, APTO. 103-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/SDS/PE (RG) 01744250472 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROMOTOR** Telefones Celulares:
- **81987234353**

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

EWERTON LOPES BEZERRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALDÉCY DE SOUZA LOPES** Pai: **FRANCISCO OTEAS BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **19/4/1986** 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: **8/5/1992** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8103560/SDS/PE (RG), 05671188478 (CPF), 05463402306 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **RUA JORNALISTA EDSON REGIS 1 ATE 584, 1198, AP. 403 - CEP: 58000-000 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) 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: **PFQ4493** (PERNAMBUCO/PAULISTA) Renavam: **267282990** Chassi: **9C6KG0450B0000665**
Combustível: **GASOLINA**

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

Placa: **PQA9218** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **498397181** Chassi: **9BGSU19F0DB165666**
Combustível: **ALCO/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 16H11 , A VITIMA TRASITAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA DE PLACA PFQ-4493-PE, CONDUZIDA PELO SR. HUGO BARBOSA SANTANA, QUANDO DE REPENTE COLIDIU COM UM AUTOMOVEL 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 RESTAURAÇAO, 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 PAIXAO , NA GARUPA, QUANDO HOUVE A COLISÃO COM O REFERIDO CARRO. QUE HÁ UM B.O.E. (BOLETIM DE OCORRÊNCIA ELETRÔNICO) SOBRE O MESMO FATO, DE Nº 16E0118007892, 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

BOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO
(NOTICIANTE)

HUGO BARBOSA SANTANA
(NOTICIANTE)

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 113.187.394-70 | Nome completo da vítima: Domayys Lima da Paixão

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Domayys Lima da Paixão | CPF: 113.187.394-70

Profissão: diarista | Endereço: Rua atenta e oito | Número: 75 | Complemento: APTO 102

Bairro: Maranguape | Cidade: Paulista | Estado: PE | CEP: 53441-340

E-mail | Tel (DDD):

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 6341 0 (informar o dígito se existir) CONTA: 7550 7 (informar o dígito se existir)

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

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 a cobertura de invalidez permanente do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a sessenta (60) 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 me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não exclui a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
18 OUT 2018
PROTOCOLO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou descendente (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data,
Nome:
CPF:
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: COMPREV
CPF: 31 MAI 2018
Assinatura

2º | Nome: PROTOCOLO
CPF:
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 extraidos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

COMPREV
COMPREV [illegible] E PREVIDÊNCIA S/A
13 OUT 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Posição em 27/08/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site http://www.cbm.pe.gov.br/, consultar 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

COMPREV
COMPREV [illegible] E PREVIDÊNCIA S/A
31 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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
BRADESCO260820190500000000002370634100000000755033750 0 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Domaryx Lima da Paixão

RG nº 9.290.781, data de expedição 28/09/15, Órgão SDS

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)	Rua oitenta e oito
Número	75
Apto / Complemento	ap - 102 A QD-66 BL-3
Bairro	Maranguape
Cidade	Paulista
Estado	PE
CEP	53441-340
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: x Domaryx Lima da Paixão

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

COMPREV
31 MAI 2019
PROTOCOLO

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 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

CELPE
www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE
BOLANGE MARIA DE LIMA
CPF: 817.442.504-72

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA OITENTA E OITO 75 AP-102A
QD 68 BL J
MARANGUAPE I/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	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
29/05/2019	22/05/2019	007000977378
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO 22/05/2019	Nº DO CLIENTE 206180171
18,64	NUMERO DA NOTA FISCAL 062897223	Nº DA INSTALAÇÃO 0002394788

CLASSIFICAÇÃO: B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico

RESERVADO AO FISCO: 703B.81B0.F8F7.40B6.564B.0D22.B90C.845E

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,58176527	17,45
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,22
ICMS Subvenção-CDE-NF 065334198-22/04/19			0,26
Multa por atraso-NF 059108837 - 22/04/19			0,88
Juros por atraso-NF 059108837 - 22/04/19			0,03
Atualização IGPM-NF 059108837 - 22/04/19			0,02
TOTAL DA FATURA			18,64

EM ATÉ 15 DIAS DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencto	Dt Reav	Valor
29/03/19	22/04/19	38,38

Este consumidor NÃO subsidia outros de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento perdure por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encaminhamento do contrato, podendo também existir cobrança contratual de custos definidos no Art. 98 REN 414/Aneel. Poderão ocorrer ações de cobrança judiciais, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas
Consumo Ativo(kWh) 0,54177484

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
MAI	19	30
ABR	19	43
MAR	19	48
FEV	19	80
JAN	19	42
DEZ	18	155
NOV	18	40
OUT	18	88
SET	18	78
AGO	18	30
JUL	18	30
JUN	18	30
MAI	18	30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	17,67	1,16	0,20	17,67	5,37	0,94

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DE LEITURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000004197414H	CAT	22/04/2019	15.773,00	22/05/2019	15.737,00	1,00000	0,00	30,00

DATA PREVISTA PARA A PROXIMA LEITURA 19/06/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
		mar/2019			
DIC-Dia de horas sem Energia	PAU AMARELO	0,00	5,87	10,15	20,30
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,11	12,10
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,94	6,00	8,80
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					

Limite DICRI: 12,27

EUSD-Valor de Encargo de Uso = R$ 0,01

Trata-se informações para subsidiar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI e qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ali j. modas, avenida brasil maranguape I / loterica maranguape, av nelson ferreira n.367 a maranguape II Lista 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 medio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,78% para Alta Tensão-REH 2,535/19.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme Art.8, XLVIII, a. 2.1. do RICMS-PE
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

538700000001 186400110079 000977378101 143077605039

31 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

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: Vitima 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**

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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.
vitima 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.

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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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 ás 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.

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, HUGO BARBOZA SANTANA,

RG nº 6103560, data de expedição 25/07/2006, Órgão SDS PE, portador do CPF nº 026 711 854-78, com domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA CENTRO E CNEC GANGI BLOC, 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 DAMASIS LIMA DA PAIXÃO, cujo o condutor era HUGO BARBOZA SANTANA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: YAMAHA/XTZ250TENERE
Ano: 2010/2011
Placa: OTQ 4493
Chassi: 9CEKG04508 0000665
Data do Acidente: 29/07/2018
Local e Data: JABOATÃO/PAULISTA/29/07/2018

Hugo Barboza Santana
Assinatura do Declarante

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

COMPREV
31 MAI 2019
PROTOCOLO

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
0077552.HGU12201801.00181

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
0077552.HGR12201801.00182

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
10 DEZ 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1642822

Nome: Demerys Lima de Paiva

Foi atendido às 10:15 hs do dia 28 / 05 / 19

Diagnóstico Provável: - TCE Grave

- CID 10: T90

Tratamento Realizado: Tratamento cirúrgico do TCE.

Observação: Família cuja filha obter registro e discutir hemorragia z direita

Cópia de :

Médico – CRM nº

Neurocirurgia
CRM-PE 24512

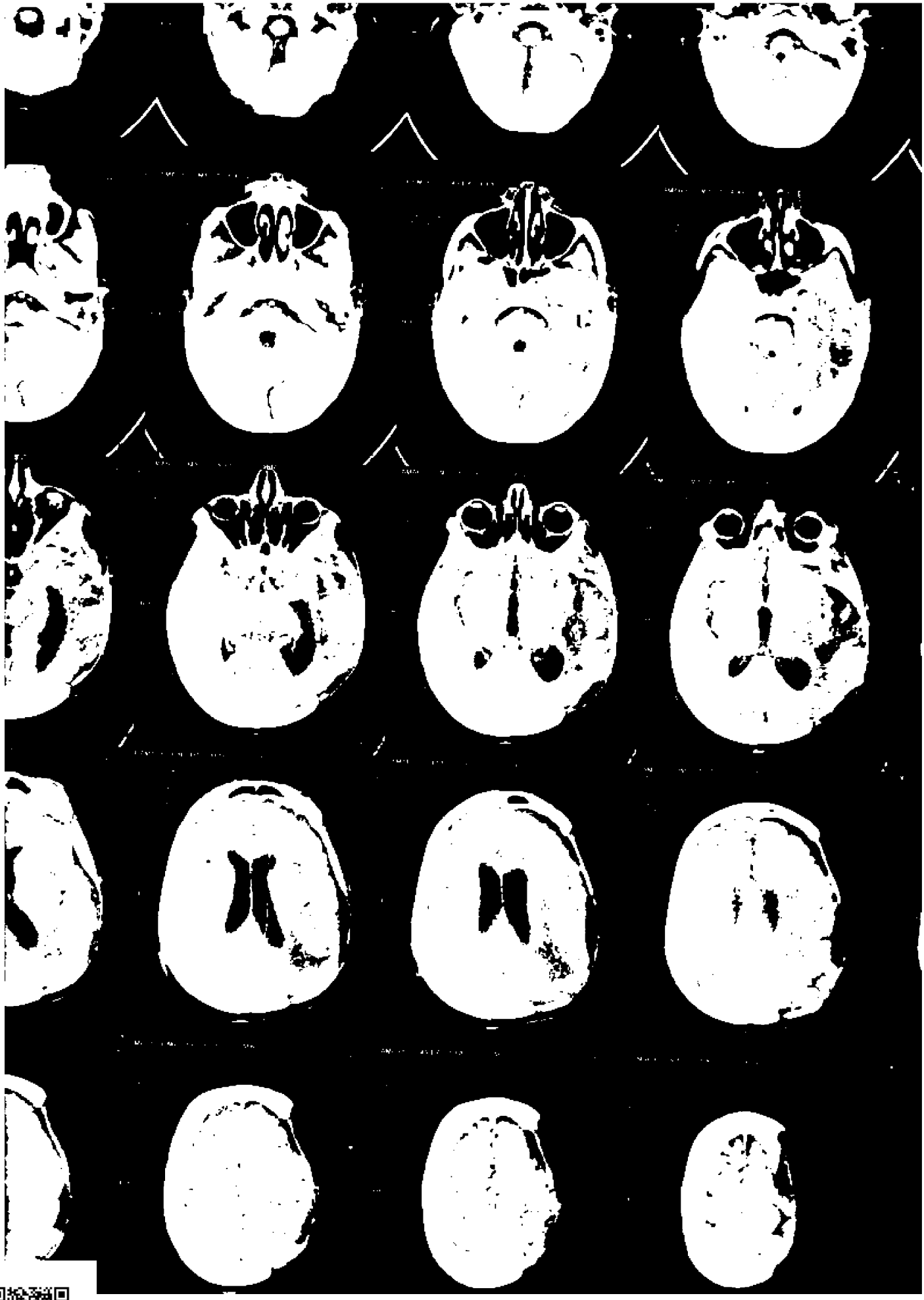
ATENÇÃO: **Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.**

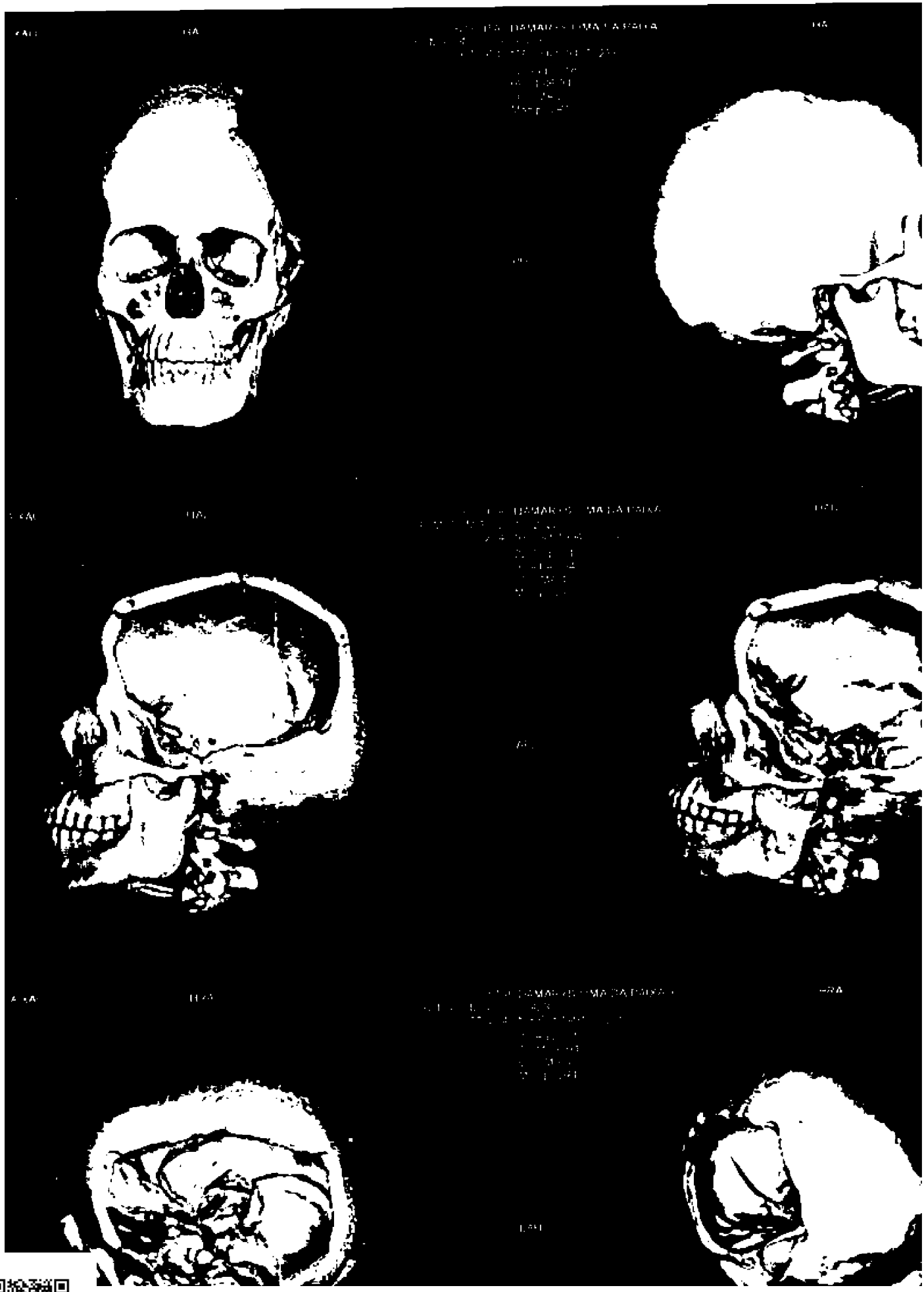
COMPREV

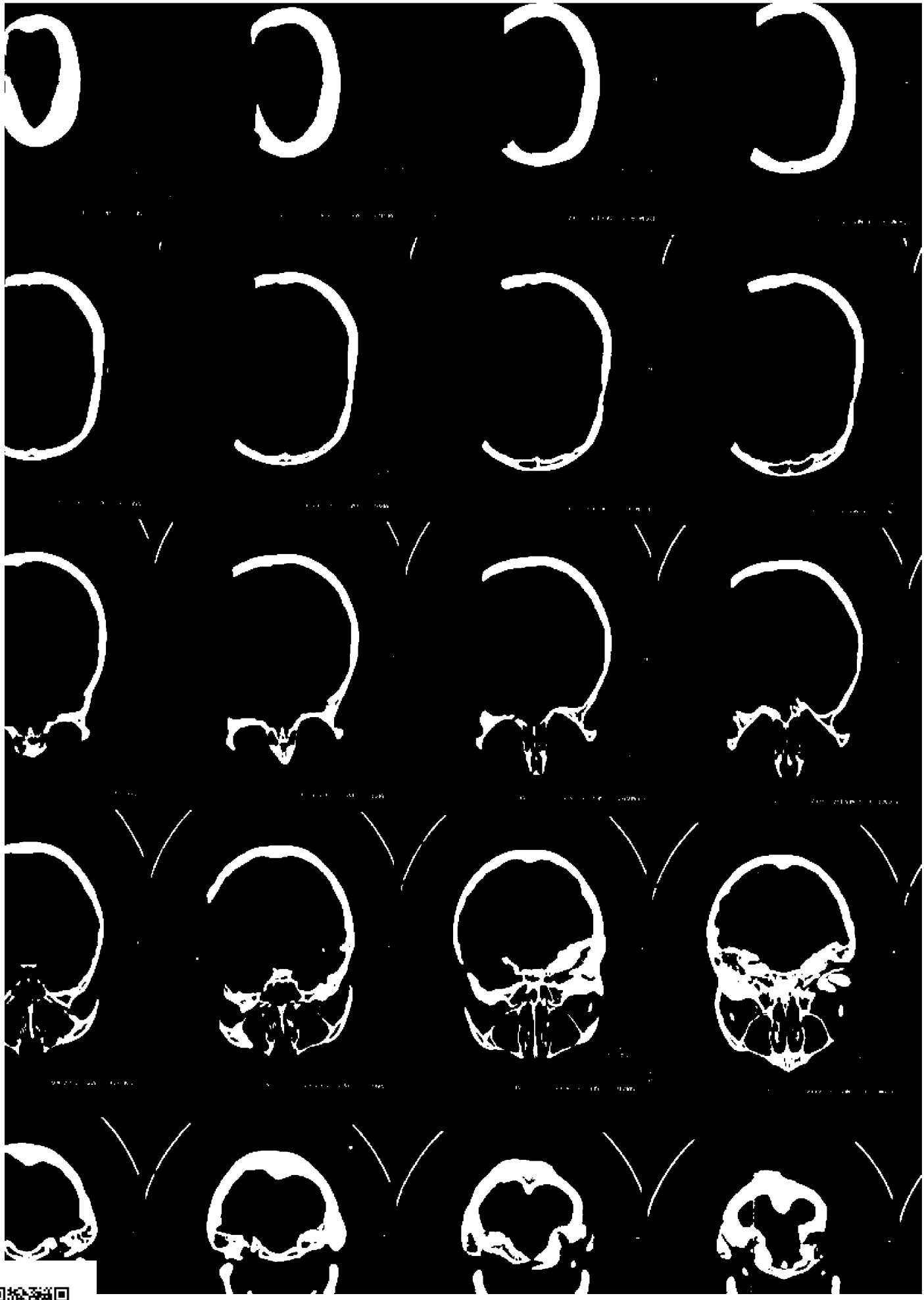
31 MAI 2019

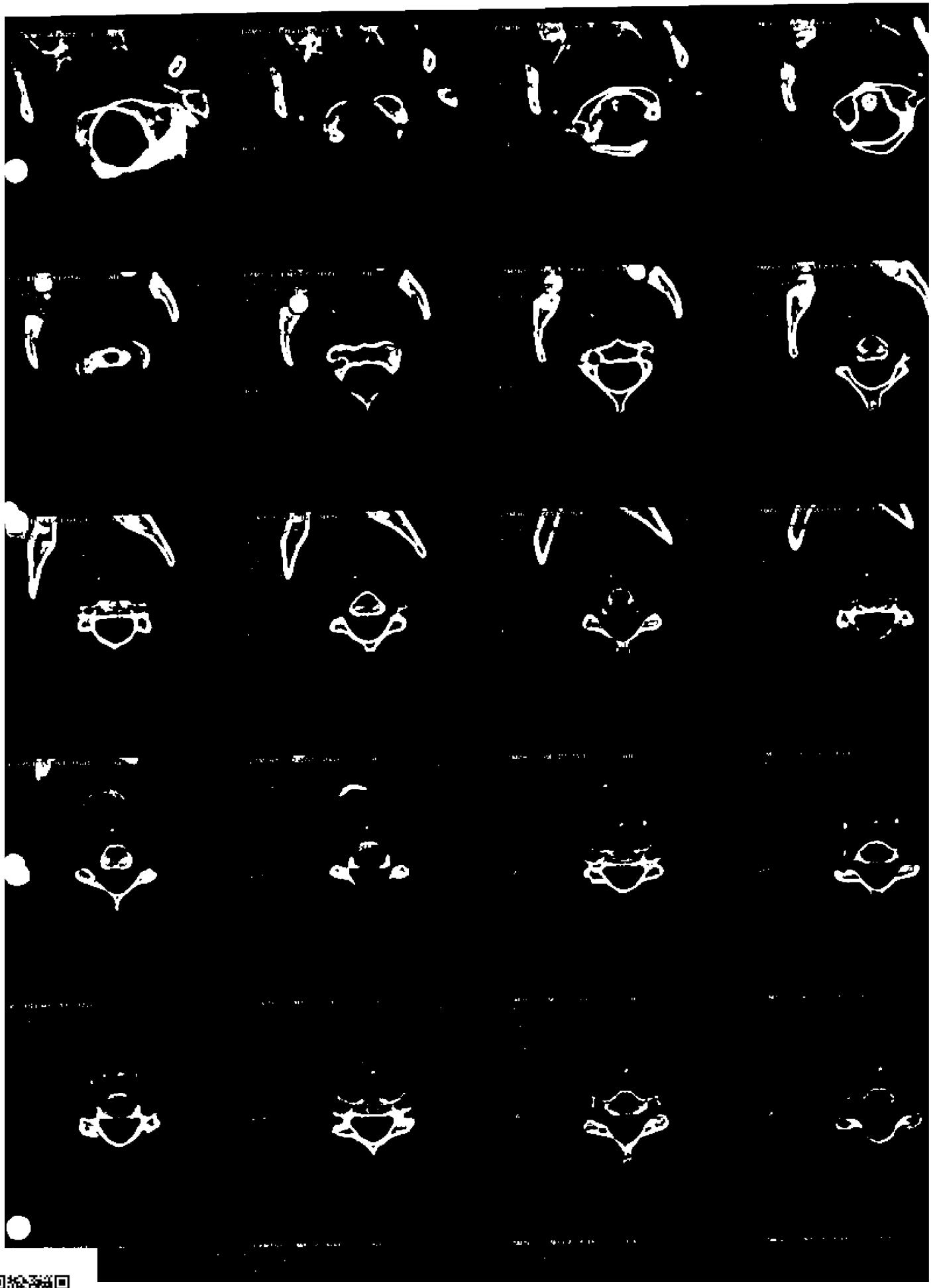
PROTOCOLO

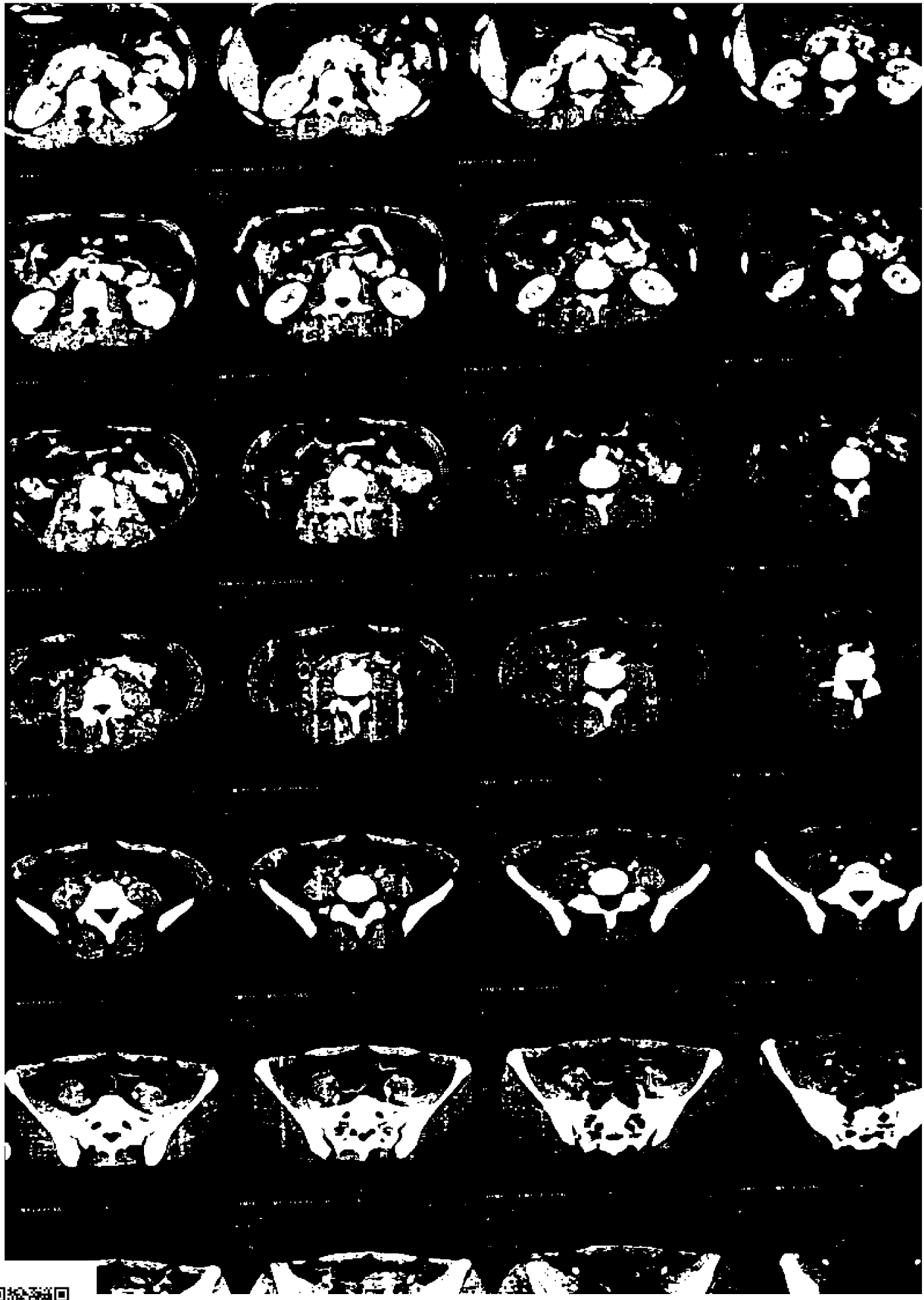

L-08

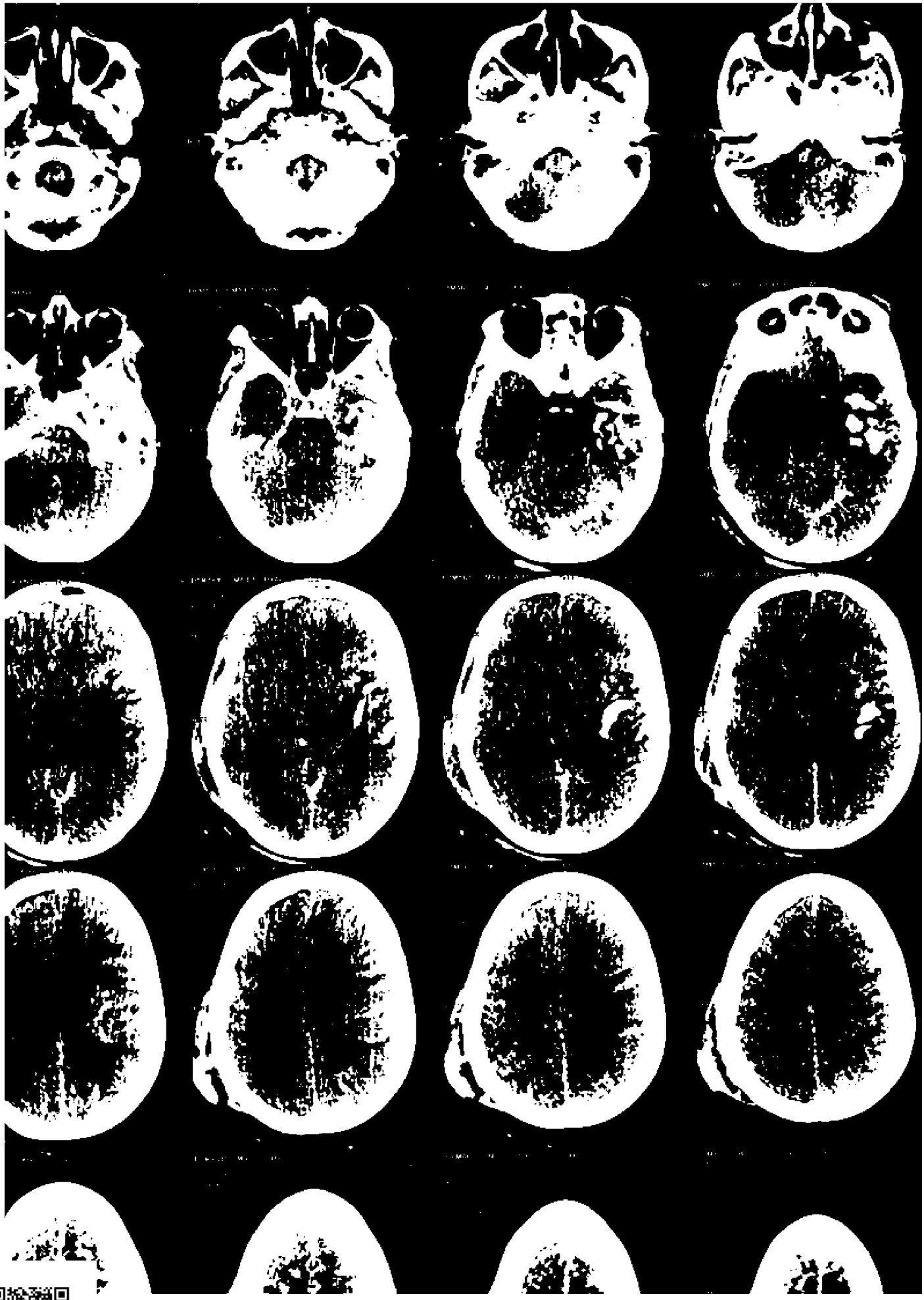


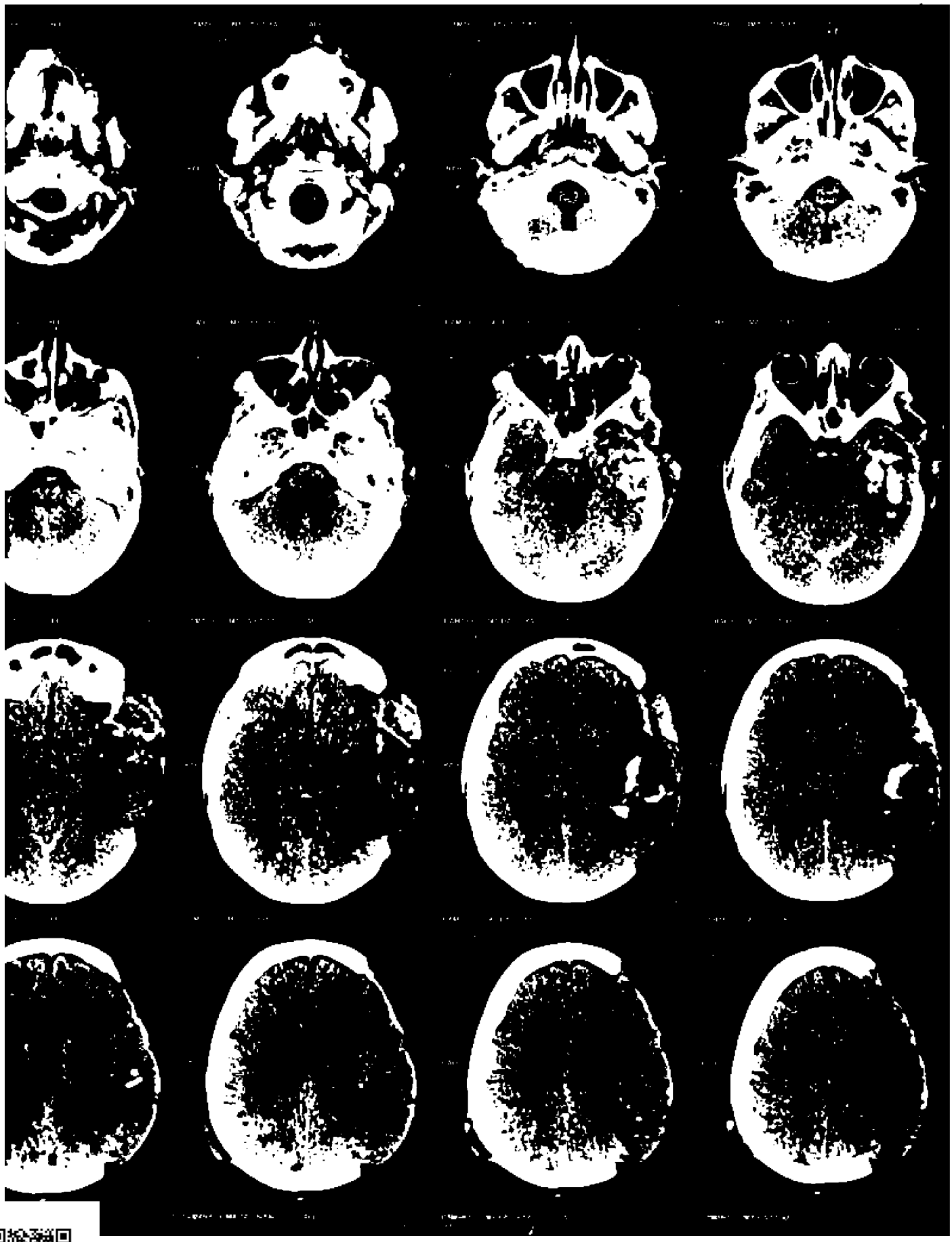


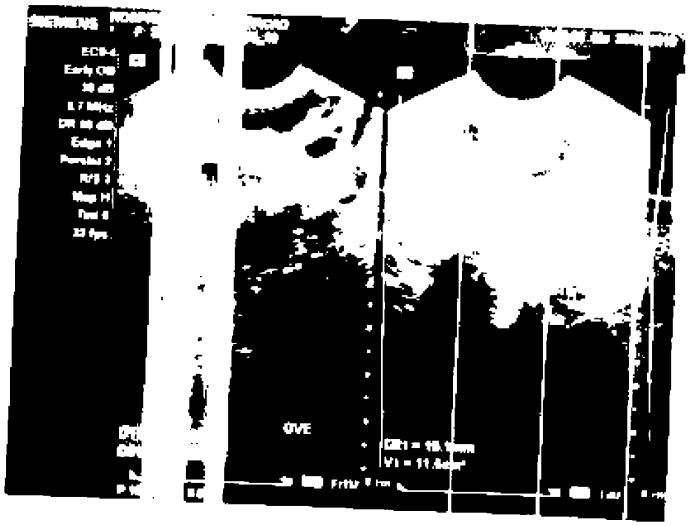


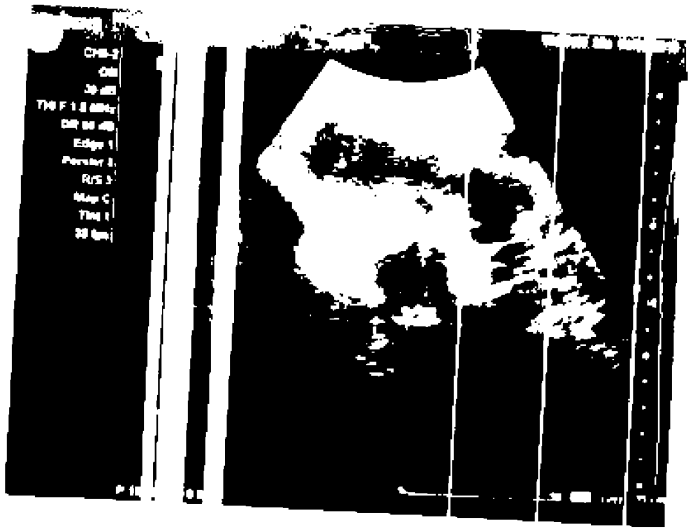


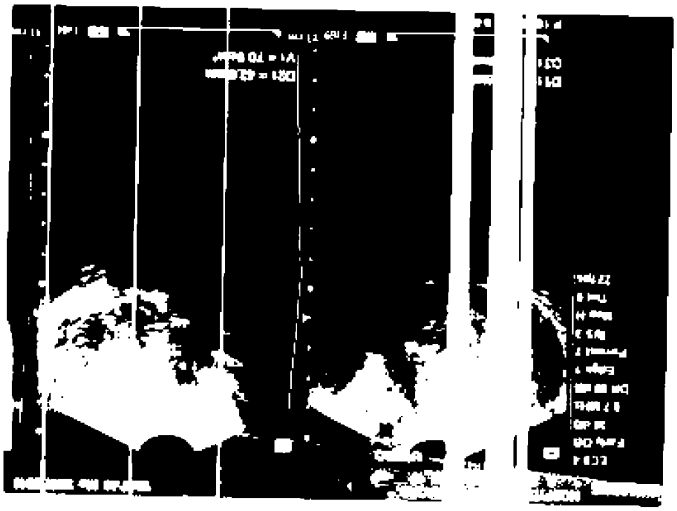


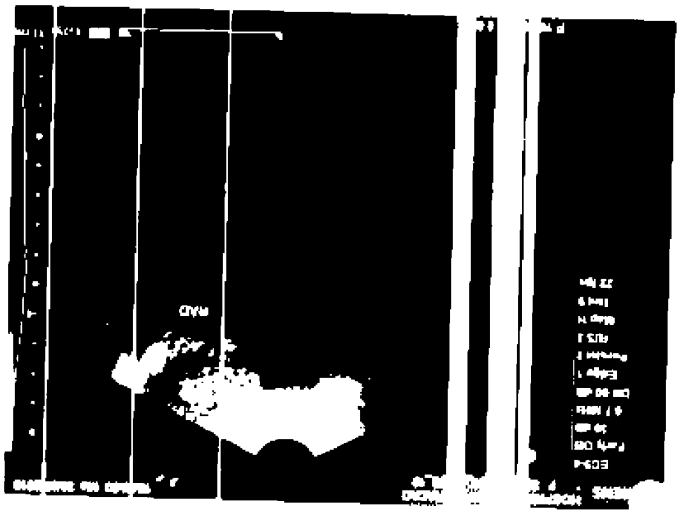


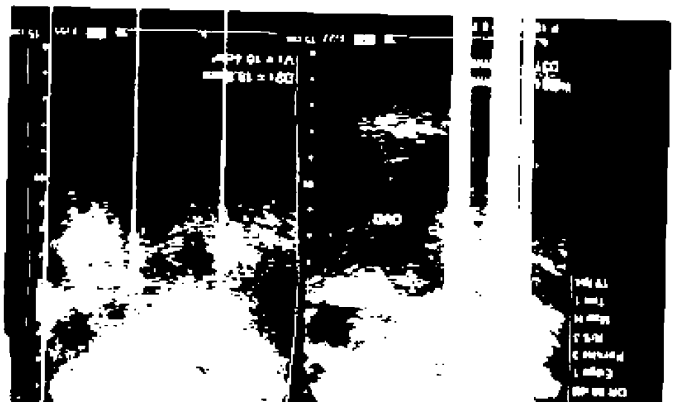












Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Avenida Agamenon Magalhães S/N Derby Telefone:(81) 3181-5402

Accession Report (Default)

Nome. Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO
Prontuario: 1642322

No.Registro: 1642322
Data de Admissão

Material: Hemocultura
Observação: 02 amostras
Data da Requisição: 01/08/2018 15:32

No Amostra. 51.818
Bacteroscopia
Comentário da Amostra: Cultura negativa

Isolate Number: 1

Data de Nascimento
Sexo

Anamnese.
Leito: 8

Localização: 07: Adulto Salão A
Medico Solicitante
Data de Entrada: 02/08/2018 16:32

07/08/2018 17:30

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME:	PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:
DAMARIS LIMA DA PAIXÃO	[illegible]	[illegible]
DATA DE NASCIMENTO: [illegible]/1994	FOI ATENDIDO EM: [illegible] AS	
	DATA DA ALTA: [illegible]/2019 AS	

Diagnostico Provável:

TCE GRAVE CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA + HEMA EPIDURAL

CID: [illegible]

Tratamento Realizado:

RX TRANSFERIDO COM A DESCOMPRESSÃO ESQUERDA [illegible]
USO DE TAZOCIN [illegible]

Observação:

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, CHEGANDO EM ÓBITO COM OTORRAGIA BILATERAL, ECG=1+1+5=7, PUPILAS ISOFÓRICAS, EQUIMOSE PALPEBRAL BILATERAL, REALIZADO TC DE CRÂNIO COM PRESENÇA DE CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA, HASTA A ESQUERDA + MICRO CONTUSÕES AREAS DE HIPODENSIDADE CEREBRAL ARTERIAL E TERRITORIO DA ATM ESQUERDA, EMM EDEMA DIFUSO, CISTERNAS FECHADAS
FAZ USO DE DOBMLTINA A DIMA CHAMADO OTOMIA DE DESCOMPRESSIVA ESQUERDA [illegible]

EVOLUINDO NO PÓS OPERATÓRIO COM MELHORA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, EXAME NEUROLÓGICO: FACIAL ESQUERDO COOPERATIVA, GLASGOW 4+3+6=13, PUPILAS ISOFÓTICAS REAGENTES, HEMIPARESIA DIREITA

Encaminhado para:

1) ALTA HOSPITALAR EM [illegible]/08/18
2) REALIZADA TC DE CRÂNIO COM RECONSTRUÇÃO 3D – GRAVAÇÃO DE DVD. ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE DR PABLO
3) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA APÓS [illegible] DIAS
4) FISIOTERAPIA MOTORA + FONOAUDIOLOGIA

PACIENTE NECESSITA DE AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR 90 (NOVENTA) DIAS PARA CONVALESCENÇA

RENATA RAIZZA MONTERAZZO CYSNEIROS – CRM [illegible]

Recife, 21 AGOSTO 2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se [illegible]
Ministério do Trabalho. Contribuições do Tratamento Ambulatorial segundo a recomendação [illegible]
Ministério Público do Estado de Pernambuco

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: [illegible]

Prontuário: [illegible]

Atendimento: [illegible]

Clínica:

Leito: [illegible]

ISOPRA.

DIPIRONA 500MG

TOMAR 12CPR CD 6/6HORAS SE DOR

Data: 21/01/2018

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

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

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

LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA - Microbiologia

Nome. Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO
Prontuario: 1642322

No.Registro: 1642322
Data de Admissão

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

No.Amostra: 482.818
Bacterioscopia
Comentário da Amostra Cultura negativa

Isolate Number: 1

Data de Nascimento
Sexo

Anamnese
Leito 509 EXTRA

Localização 5º Andar - Norte
Medico Solicitante Médico solicitante não informado
Data de Entrada 14/08/2018 14:40

15/08/2018 11:05

Secretaria de Saude do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Aven da Agamenon Magalhães S/N Derby - Telefone (81) 3181-5452

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: Swab Retal - Pesquisa de Vigilância
Observação
Data da Requisição: 01/08/2018 07:54

Localização: UTI Adulto Salão A
Medico Solicitante
Data de Entrada: 03/08/2018 07:54

No.Amostra: 103.818
Bacteroscopia

Contagem de Colonias: <=

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

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	[illegible]		R
Ciprofloxacina	>=4		R
Colistina	<=0,5		S
Ertapenem	>=8		R
Gentamicina	>=16		R
Imipenem	>=16		R
Meropenem	>=16		R
Polimixina B			S*
Ticarcilina/Ácido Clavulânico			R*
Tigeciclina	<=0,5		S

*= Deduced **= Manually

Adelino Vieira Neto
Biomédico Microbiologista
CRBM 0286

03/08/2018 07:17

Secretaria de Saude 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

Data de Nascimento:
Sexo:

No.Registro: 1642322
Data de Admissão:

Anamnese:
Leito: 8

Material: Swab Nasal - Pesquisa de Vigilância
Observação:
Data da Requisição: 01/08/2018 07:52

Localização: L.T. Adulto Salão A
Medico Solicitante:
Data de Entrada: 03/08/2018 07:52

No.Amostra: 102.818
Bacteroscopia
Comentario da Amostra: Cultura negativa para microorganismos multirresistentes. Cultura negativa para MRSA

Isolate Number: 1

Adelina Vila Bela
Biomédica - Micobacteriologista
CRBM - 0269

09/08/2018 07:18

Secretaria de Saude do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Avenida Agamenon Magalhães S/N, Derby 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: Secrecao Traqueal
Observação
Data da Requisição: 01/08/2018 08:00

Localização: UTI Adulto Salão A
Medico Solicitante
Data de Entrada: 09/08/2018 08:00

No Amostra: 95.818
Bacterioscopia
Comentario da Amostra: Não houve crescimento suficiente para cultura quantitativa , Cultura negativa

Isolate Number: 1

08/08/2018 29:00

Hospital da Restauração

SEPAC

SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA

PERNAMBUCO

129485

Nome.....: DAMARYS LIMA DA PAIXAO 1642327
REGISTRO.....: 129485
Procedência.: OUTROS
Leito.....: 509/ EXTRA
Impresso : 13 08 2018 AMA criasoft

Data.....: 08/08/2018
Prontuário.: 1642327
Horario de cadastro : 12:36
Horario de impressão : 10:59

BHCG - QUALITATIVO

Data da Coleta: 08/08/2018

Resultado

RESULTADO.....: NEGATIVO
METODO: IMUNOCROMATOGRAFIA
LOTE: 8050274-L

AV. AGAMENON MAGALHAES, 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..NTE: 1642322 Serviço: 5 NORTE

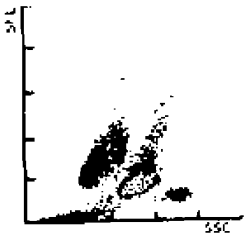
Nome: DAMARYS LIMA DA PAIXAO 509-EXT Data Nasc.. Sexo

ID Analisador XT-4000i-1

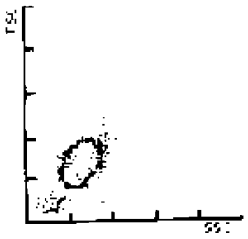
HEMOGRAMA

WBC	16.73 +	[10^3/uL]		
RBC	3.98	[10^6/uL]		
HGB	12.5	[g/dL]		
HCT	37.9	[%]		
MCV	95.2	[fL]		
MCH	31.4	[pg]		
MCHC	33.0	[g/dL]		
PLT	458 +	[10^3/uL]		
RDW-SD	43.5	[fL]		
RDW-CV	13.0	[%]		
MPV	10.2	[fL]		
NEUT	10.48 *	[10^3/uL]	*	[%]
LYMPH	4.40 *	[10^3/uL]	*	[%]
MONO	1.36 *	[10^3/uL]	*	[%]
EO	0.43 *	[10^3/uL]	*	[%]
BASO	0.06	[10^3/uL]		[%]
IG	0.71	[10^3/uL]	4.2	[%]

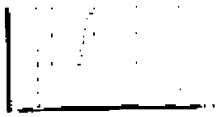
DIFF



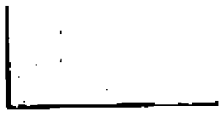
WBC/BASO



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]	

DIFERENCIAL MANUAL

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

SERIE VERMELHA

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

OBSERVACOES: _____

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

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP

[redacted]

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	**Apelido**	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 de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Avenida Agamenon Magalhães S/N Derby - Telefone (81) 3181-5400

Accession Report (Default)

Nome Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO
Prontuário: 1642322
Nº Registro: 1642322
Data de Nascimento
Sexo
Localização: UT Adulto Sala 30 P
Medico Solicitante
Data de Entrada: 03/08/2021 10:14

Adelino Vila Bela
Biomédica Microbiologista
CRBM-0065

137

Mônica Ferreira
CRBM-PE 608

-

.tem.

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No : 34 Rack: Tubo: 0 2018/07/29 23:58:06

ID DOENTE: 1004767 Serviço: VERMELHA UT

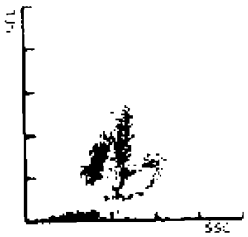
Nome: DAMARYS PAIXAO Data Nasc.. Sexo:

ID Analisador: XT 4000i-1

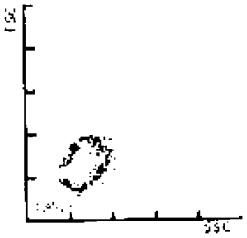
HEMOGRAMA

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	[%]
IG	0.07	[10^3/uL]	0.4	[%]

DIFF

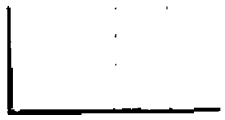


WBC/BASO



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]	

DIFERENCIAL MANUAL

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

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

GRAN TOXICAS.....

SERIE VERMELHA

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

OBSERVACOES: _____

WBC Mensagem IP
Neutrofilia
Monocitose

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

07/29/2018 23:47:16

Relatório Resultados Amostra

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

ID amostra: 1004767-34 **Primeiro nome** DAMARYS PAIXAO **ID Rack:** 59
Tipo amostra Paciente **Apelido** UT **ID Posição** 1

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
APTT-SP	25.3 s					07/29/2018 23:47:16	Validado
	0.96 Ratio						
PT-RP	11.5 s					07/29/2018 23:45:30	Validado
	97 %						
	1.02 INR						

Analises

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Rack: 2 Tubo: 7 2018/07/30 13.42:38

Amostra No.: 135

ID DOENTE: 1004767

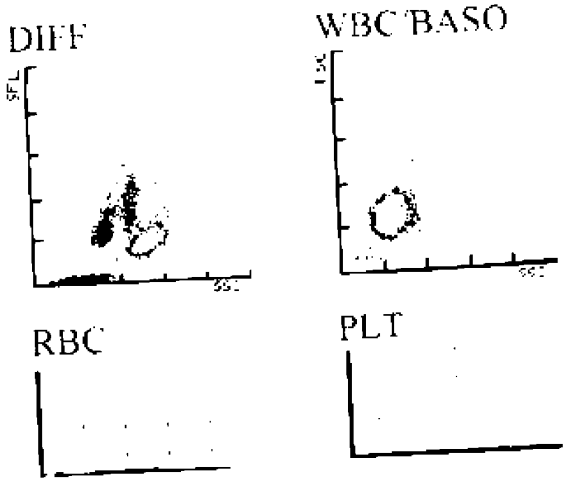
Serviço: SR

Nome: DAMARYS PAIXAO L16

Data Nasc.: Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA



WBC	16.68 +	[10^3/uL]		
RBC	2.87	[10^6/uL]		
HGB	9.3	[g/dL]		
HCT	27.0	[%]		
MCV	94.1	[fL]		
MCH	32.4	[pg]		
MCHC	34.4	[g/dL]		
PLT	243	[10^3/uL]		
DW-SD	42.1	[fL]		
RDW-CV	12.9	[%]		
MPV	11.3	[fL]		
NEUT	14.20 +	[10^3/uL]	85.0 +	[%]
LYMPH	1.31	[10^3/uL]	7.9 -	[%]
MONO	1.16 +	[10^3/uL]	7.0	[%]
EO	0.00	[10^3/uL]	0.0	[%]
BASO	0.01	[10^3/uL]	0.1	[%]
IG	0.07	[10^3/uL]	0.4	[%]

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]	

DIFERENCIAL MANUAL

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

SERIE VERMELHA

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

OBSERVACOES: _____

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

GRAN TOXICAS.....

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 necessário	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT RP	12.0 s 91 % 1.06 INR					07/30/2018 14:27:01	Validado

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

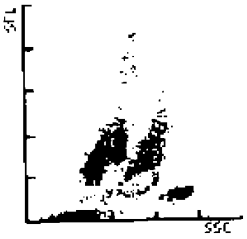
Nome: DAMARYS LIMA L8 Data Nasc : Sexo:

ID Analisador XT-4000i-1

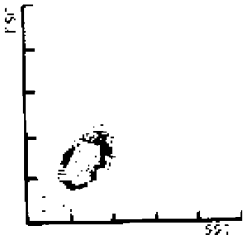
HEMOGRAMA

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 [%]

DIFF

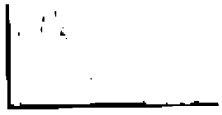


WBC BASO



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]	

DIFERENCIAL MANUAL

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

SERIE VERMELHA

NORMOCITICA
NORMOCROMICA.
MICROCITOS.
MACROCITOS.
ANISOCITOSE.
ERITROBLASTO.

OBSERVACOES: _____

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

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP
Neutrofilia
Monocitose
Presença.IG

Blastos?
Neutrófilos Banda?

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Item.

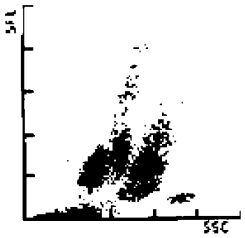
LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO--SEPAC

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

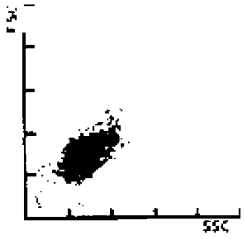
HEMOGRAMA

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	8.02 *	[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 *	[%]
IG	1.70 *	[10^3/uL]	12.8 *	[%]

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]	

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO 08 %
SEGMEN 62 %
EOSIN 01 %
LINF 20 %
LINF ATIP — %
MONO 10 %
BASO ... %

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

SERIE VERMELHA

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

OBSERVACOES: _____

WBC Mensagem IP

[redacted]

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

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	Rerun	Rerun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT RR	11.5 s 97 % 1.02 INR					08/05/2018 07:03:47	Validado

Page 1 of 1

Item

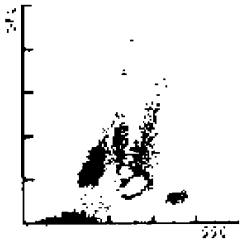
LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

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

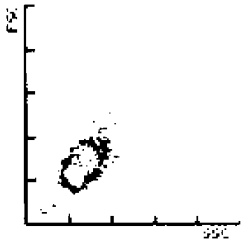
HEMOGRAMA

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

DIFF

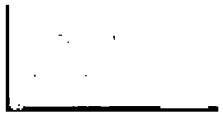


WBC/BASO



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]	

DIFERENCIAL MANUAL

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

SERIE VERMELHA

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

OBSERVACOES _____

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

GRAN TOXICAS..

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP
Anemia

PLT Mensagem IP

Granulócitos Imaturos?
Neutrófilos Banda?
Linfócitos Atipicos?
NRBC?

Relatório Resultados Amostra

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

ID amostra:	16423224	**Primeiro nome**	DAMARYS LIMA	**ID Rack:**	58
Tipo amostra	Paciente	**Apelido**	UTI AD 1	**ID Posição**	4

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessário	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT_RP	13.8 s 109 % 0.96 INR				M-	06.04.2016 07:43:17	Validado

tem

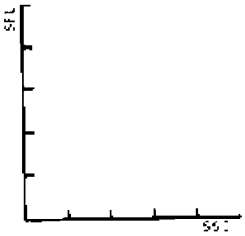
LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

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

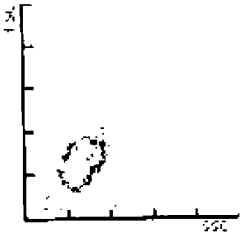
HEMOGRAMA

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]	[%]
YMPH		[10^3/uL]	[%]
MONO		[10^3/uL]	[%]
EO		[10^3/uL]	[%]
BASO		[10^3/uL]	[%]
IG		[10^3/uL]	[%]

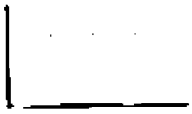
DIFF



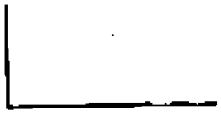
WBC/BASO



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]	

DIFERENCIAL MANUAL

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

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

SERIE VERMELHA

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

OBSERVACOES: _____

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP
Anemia

PLT Mensagem IP

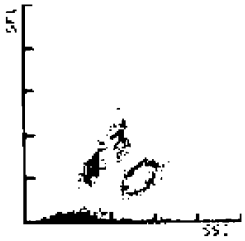
Item. LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 9 Rack: 1 Tubo: 9 2018/08/01 23:06:03
ID DOENTE: 1642322 Serviço: UTI AD 1
Nome: DAMARYS LIMA DA PAIXAO L-08 Data Nasc.: Sexo:
ID Analisador: XT-4000i-1

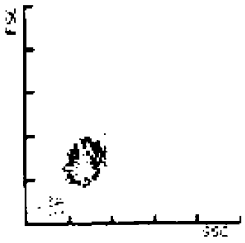
HEMOGRAMA

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	[%]	

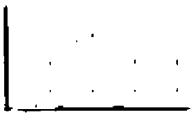
DIFF



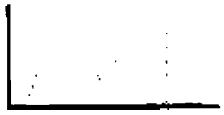
WBC/BASO



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]	

DIFERENCIAL MANUAL

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

SERIE VERMELHA

NORMOCITICA .....
NORMOCHOMICA.....
MICROCITOS.....
MACROCITOS.....
ANISOCITOSE.....
ERITROBLASTO.....

OBSERVACOES: _____

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

WBC Mensagem IP
Linfopenia

Neutrófilos Banda?

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

08/01/2018 22:37:25

Relatório Resultados Amostra

Serial 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** UTI 1 L-08 **ID Posição** 3

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT IRP	11.2 s 101 % 0.99 INR					08/01/2018 22:37:25	Validado

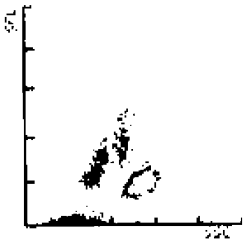
Item. LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

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

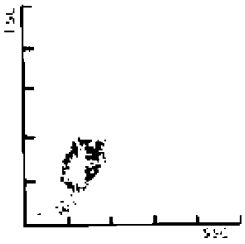
HEMOGRAMA

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	[%]

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]	

DIFERENCIAL MANUAL

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

SERIE VERMELHA

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

OBSERVACOES:

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

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP
Anemia

PLT Mensagem IP

139

Mônica Ferrei

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Nome:	DAMARYS LIMA DA PAIXAO SIC	Pedido	475162
Idade:	23 Sexo: F	Data/Hora Pedido	30/07/2018 15:59:00
Medico	MEDICO-PLANTONISTA - EMERHR	Data/Hora Laudo	30/07/2018 16:11:23
Procedência:	SUS - AMBULATORIO	Atendimento:	1004767

USG PÉLVICA TRANSVAGINAL

ACHADOS:

Bexiga vazia com balão de sonda de Foley
Utero em anteversoflexão, de volume normal e com textura miometrial homogenea, 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 cisticas periféricas
Ausência de coleção em fundo de saco posterior

* Não há sinais ecográficos atuais de gravidez tópica ou ectópica

CONCLUSÃO:- Utero ecograficamente normal
- Ovários de textura policistica.

ALICE DA COSTA PIMENTEL DE ALBUQUERQUE
14120

Item.

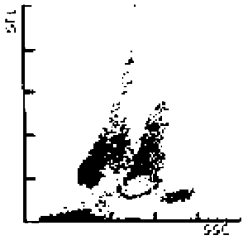
LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

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

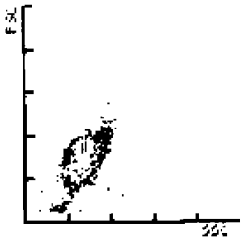
HEMOGRAMA

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]	**85.6** *	[%]	
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**	[%]	
IG	1 12	[10^3/uL]	7.2	[%]	

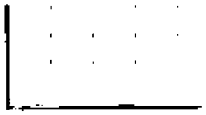
DIFF



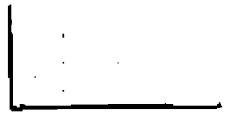
WBC/BASO



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]	

DIFERENCIAL MANUAL

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

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

GRAN TOXICAS.....

SERIE VERMELHA

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

OBSERVACOES: _____

WBC Mensagem IP
Monocitose
Presença IG

Blastos?
Neutrófilos Banda?

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

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
Tipo amostra Paciente

Primeiro nome DAMARYS LIMA
Apelido UTI AD-1

ID Rack: 60
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

Hospital da Restauração

SEPAC

SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA

PERNAMBUCO

Nome.....: DAMARYS LIMA
REGISTRO....: 129316
Procedência.: OUTROS
Leito.....: SRPA L16
Impresso.: 30/07/2018 GORETTE Criasoft

Data.....: 30/07/2018 129316
Prontuario.: 1004767
Horario de cadastro : 10:00
Horario de impressão : 10:10

BHCG - QUALITATIVO

Data da Coleta 30/07/2018

Resultado

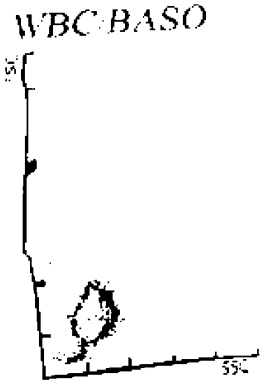
RESULTADO..... NEGATIVO
METODO: IMUNOCROMATOGRAFIA
LOTE: 3050274-L

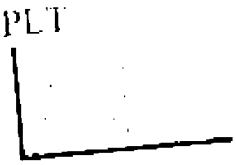
Item:

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





	11.50	[10^3/uL]		
	2.20	[10^6/uL]		
	7.1 -	[g/dL]		
HCT	20.8 -	[%]		
MCV	94.5	[fL]		
MCH	32.3	[pg]		
MCHC	34.1	[g/dL]		
PLT	146	[10^3/uL]		
RDW-SD	42.8	[fL]		
RDW-CV	13.2	[%]		
MPV	11.2	[fL]		
NEUT	8.62 +	[10^3/uL]	74.9 +	[%]
LYMPH	1.68	[10^3/uL]	14.6 -	[%]
MONO	1.18 +	[10^3/uL]	10.3	[%]
EO	0.02	[10^3/uL]	0.2	[%]
BASO	0.00	[10^3/uL]	0.0	[%]
IG	0.03	[10^3/uL]	0.3	[%]

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]	

DIFERENCIAL MANUAL

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

SERIE VERMELHA

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

OBSERVACOES: _____

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

WBC Mensagem IP
Monocitose

RBC/RET Mensagem IP
Anemia

PLT Mensagem IP

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
Tipo amostra Paoente

Primeiro nome DAMARYS LIMA
Apelido SR

ID Rack: 58
ID Posição 6

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT-RP	10.9 s 106 % 0.97 INR					07-31-2018 15:37:27	Validado

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/urina Nome do produto: BIOEASY lote: HCG1070053-D; Método: imunocromatografia

INTERPRETAÇÃO DO TESTE: NEGATIVO OU POSITIVO

RESULTADO .....

.....

Analista

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE - SES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome/Carimbo

CRM UF Nº

End.

Cidade UF

Telefone

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente

Prescrição

DATA ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome

Ident. Org. Emissor

End.

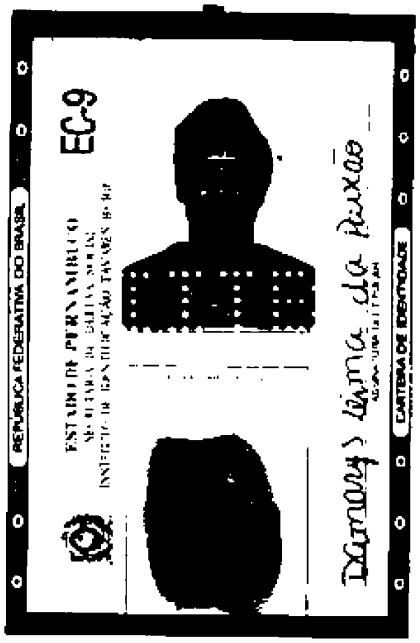
Cidade UF

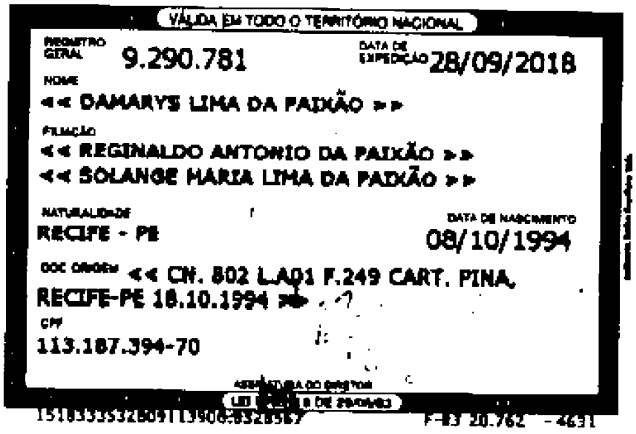
Telefone

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 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

DOC ORIGEM << CN. 802 LA01 F.249 CART. PINA, RECIFE-PE 18.10.1994 >>

CPF
113.187.394-70

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI [illegible] DE 29/04/63

1518333532609113906:85285967 F-83 20.762 -4631

COMPREV
31 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

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: Vitima 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.

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

Seguradora LIDER

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

Seguradora LIDER

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

Data do acidente: 29/07/2018

CPF: 113.187.394-70

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAMARYS LIMA DA PAIXAO

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

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

DAMARYS LIMA DA PAIXAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA