

---

**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



---

**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

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



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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 113.187.394-70 Nome completo da vítima: Domayns Lima da Paixão

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo: Domayns Lima da Paixão CPF: 113.187.394-70

Profissão: atendente Endereço: Rua Santa e São Número: 75 Complemento: APT. 102

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

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL: ☒ RECURSO 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 (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6341 0 CONTA: 7550 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 processo de requerimento de indenização 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 90 (noventa) 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 ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não implica em reconhecimento de culpa ou responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

18 OUT 2018

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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.

Impressão  
original da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data, \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

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.



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4ºCIRC**  
**DIM/2ºDESEC**

**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 GUEIROS LEITE, S/N-JANGA, PAULISTA-PE. - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE JANGA (BAIRRO), 1 - Bairro: JANGA - 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 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 Mãe:**  
**SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO Pai: REGINALDO ANTONIO DA PAIXAO Data de**  
**Nascimento: 8/10/1984 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:**  
**9200781/8DS/PE (RG), 11318730470 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU**  
**COMPLETO Profissão: ATENDENTE Telefones Celulares:**  
**- 81986277610**  
**- 81987234363**

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

**SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe:**  
**MARIA JOSE DE LIMA Data de Nascimento: 7/3/1972 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL Documentos: 4402000/8DS/PE (RG), 81744260472 (CPF) Estado Civil:**



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

Endereço Residencial: **RUA DOIS, 1004 - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**HUGO BARBOSA SANTANA (não presente ao 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(a) Sr(a): **HUGO BARBOSA SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HUGO BARBOSA SANTANA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFG4493 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**  
Descrição: **MOTOCICLETA**

**AUTOMÓVEL (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **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 15:11 HORAS, A VITIMA TRASITAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA DE PLACA PFG-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 340444-0, 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 21/08/2018, 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: 3811622**





Hugo

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

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS 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: **8/10/1994** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9290781/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, APT. 102-A - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARJA JOSE DE LIMA** Data de Nascimento: **7/3/1972** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4402000/SDS/PE (RG), 81744250472 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROMOTOR** Telefones Celulares:  
- **81987234353**

Endereço Residencial: **RUA DOIS, 1964 - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EWERTON LOPES BEZERRA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALDECY DE SOUZA LOPES** Pai: **EDUARDO GUEIROS BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **19/4/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO**



*Handwritten signature: Jurandir B. Paz*

Jurandir B. Paz  
Comissário de Polícia  
Mat. 384.824-8  
Polícia Civil de 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: 8103560/SDS/PE (RG).  
08671188478 (CPF). 08463402306 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão:  
AUTÔNOMO(A)  
Endereço Residencial: RUA JORNALISTA EDSON REGIS 1 ATE 664, 1166, AP. 403 - CEP: 55000-000 - 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: **BC6KG0450B0000665**  
Combustível: **GASOLINA**

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

Placa: **PQA9218** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **498397181** Chassi: **9MGSU19F0DE165666**  
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 18H11, A VITIMA TRASEVA 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 VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS, COMANDADA PELO SGT. GLEYBSON, MATRÍCULA 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 PERIODO 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 PAIXAO, NA GARUPA, QUANDO HOUE A COLISÃO COM O REFERIDO CARRO. QUE HA UM B.O.E. (BOLETIM DE OCORRÊNCIA ELETRÔNICO) SOBRE O MESMO FATO, DE Nº 18E0118007692, 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

**SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO**  
(NOTICIANTE)

**HUGO BARBOSA SANTANA**  
(NOTICIANTE)

*Hugo Barbosa Santana*  
*Mandy*

**Jurandir B. Paz**  
Comissário de Polícia  
Mat. 384.824-8  
Polícia Civil de Pernambuco



Hugo

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

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS 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: **8/10/1994** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9290781/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, APT. 102-A - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARJA JOSE DE LIMA** Data de Nascimento: **7/3/1972** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4402000/SDS/PE (RG), 81744250472 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROMOTOR** Telefones Celulares:  
- **81987234353**

Endereço Residencial: **RUA DOIS, 1964 - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EWERTON LOPES BEZERRA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALDECY DE SOUZA LOPES** Pai: **EDUARDO GUEIROS BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **19/4/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO**



Jurandir B. Paz  
Comissário de Polícia  
Mat. 384.824-8  
Polícia Civil de Pernambuco

29/08/2019

/ 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: 8103560/SDS/PE (RG).  
08671188478 (CPF). 08463402306 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão:  
AUTÔNOMO(A)  
Endereço Residencial: RUA JORNALISTA EDSON REGIS 1 ATE 664, 1166, AP. 403 - CEP: 55000-000 - 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: **BC6KG0450B0000665**  
Combustível: **GASOLINA**

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

Placa: **PQA9218** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **498397181** Chassi: **9MGSU19F0DE165666**  
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 18H11, A VITIMA TRAVESSAVA 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 VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS, COMANDADA PELO SGT. GLEYBSON, MATRÍCULA 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 PERIODO 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 PAIXAO, 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 Nº 18E0118007692, 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

**SOLANGE MARIA LIMA DA PAIXAO**  
(NOTICIANTE)

**HUGO BARBOSA SANTANA**  
(NOTICIANTE)

*Hugo Barbosa Santana*  
*Mandy*

**Jurandir B. Paz**  
Comissário de Polícia  
Mat. 384.824-8  
Polícia Civil de Pernambuco



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 113.187.394-70 Nome completo da vítima: Domayns Lima da Paixão  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012  
Nome completo: Domayns Lima da Paixão CPF: 113.187.394-70  
Profissão: atendente Endereço: Rua Santa e São Número: 75 Complemento: APT. 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: ☒ RECURSO 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 (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6341 0 CONTA: 7550 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 processo de requerimento de indenização 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 90 (noventa) 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 ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não implica em reconhecimento de culpa ou responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: \_\_\_\_\_ 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.

Impressão  
original da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data, \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

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.





**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 nº 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.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





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, Domorys Lima da Paixão

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

CPF nº 113.187.394-40, 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>75</u>
Apto / Complemento	<u>ap - 102 A OD-66 BL-3</u>
Bairro	<u>Moromanguape</u>
Cidade	<u>Pauлиста</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53441-340</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: RECIFE-PE, 31/05/2019

Assinatura do Declarante: x Domorys 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 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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 Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

SOLANGE MARIA DE LIMA  
CPF: 817.442.504-72

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA OITENTA E OITO 75 AP-102A  
QD 66 BL 3  
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  
**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  
2001801718

Nº DA INSTALAÇÃO  
0002394788

## 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(kWh)	30,00	0,58176527	17,45
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,22
ICMS Subvenção-CDE-NF 055334198-22/03/19			0,28
Multa por atraso-NF 059108837 - 22/04/19			0,68
Juros por atraso-NF 059108837 - 22/04/19			0,03
Atualização IGPM-NF 059108837 - 22/04/19			0,02
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>18,64</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

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

## EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Di Resav	Valor
29/03/19	22/05/19	38,30

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão de fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tariffas Aplicadas  
Consumo Ativo(kWh) 0,54377608

## HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
MAI 19	30
ABR 19	43
MAR 19	48
FEV 19	69
JAN 19	42
DEZ 18	155
NOV 18	40
OUT 18	98
SET 18	78
AGO 18	30
JUL 18	30
JUN 18	30
MAI 18	30

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 38, Resolução ANEEL 414/2010.

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	PAU AMARELO	0,00	5,07	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,64	0,00	0,00

Limite DICRI: 12,33

EUSO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,81

Toda Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO
00000000041574140	CAT	22/04/2019 15.733,00	22/05/2019 15.733,00	0,00

31 MAI 2019

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 19/06/2019

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você (el. j. modas: avenida brasil maranguape I / lotérica maranguape: av nelson ferreira n307 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 médio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REN 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.9, 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.

## 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 leitora ótica.

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

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

838700000001 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
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

**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 anatômica de estrutura cranio facial, sequela de craniectomia descompressiva, com déficit 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, HUGO BARBOZA SANTANA

RG nº 2103560, data de expedição 25/07/2006.

Órgão SBS DE, portador do CPF nº 086.74.854-78, com

domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de

SERNAHBUCA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SUA CANTO E CINCO ANS BLO3, nº

complemento AP 403, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima DANAYS LIMA DA PAIXÃO, cujo o condutor era

HUGO BARBOZA SANTANA.

Veículo: Hotoc. Creta

Modelo: YANHA/X+Z 250TCVERE

Ano: 2010/2011

Placa: PPQ 4493

Chassi: 9CEK G0450B 0000665

Data do Acidente: 29/07/2018

Local e Data: JANGA/PAULISTA/29/07/2018



Hugo Barbosa Santana  
Assinatura do Declarante



Hugo Barbosa Santana

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



## SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Dr. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador

Av. Marechal Faria Peixoto, 78 - CEP 01047-900 - Paulista/PE - Fone: (071) 3010-0011



Reconheço por autenticidade a firma HUGO BARBOZA SANTANA: Doc. nº. 027. Paulista/PE, 07/12/2018 09:54:29. Emcl.: R\$ 3,51; TSHR: R\$ 0,80; FERC: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,08. Do. 210. ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente. Consulte autenticidade em [www.tipe.jus.br/seligitat](http://www.tipe.jus.br/seligitat) 0077552.BGR12201801.00181

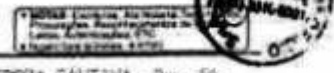
Israel  
A 259926



## SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Dr. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador

Av. Marechal Faria Peixoto, 78 - CEP 01047-900 - Paulista/PE - Fone: (071) 3010-0011



Reconheço por autenticidade a firma HUGO BARBOZA SANTANA: Doc. nº. Paulista/PE, 07/12/2018 09:54:29. Emcl.: R\$ 3,51; TSHR: R\$ 0,80; FERC: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,08. Do. 210. ISRAEL LAURENTINO DE PAULA - Escrevente. Consulte autenticidade em [www.tipe.jus.br/seligitat](http://www.tipe.jus.br/seligitat) 0077552.BGR12201801.00182

Israel  
A 259926

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1642322

Nome: Demerys Lima de Paiva

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

Diagnóstico Provável: - TCE Crue

- CID 10: T90

Tratamento Realizado:

Tretamento com  
do TCE.

Observação:

Paciente com ferida aberta  
requer e discute hemizone  
e dor.

Cópia de:

Médico - CRM nº

Primeiro Vitor Oliveira Eugenio  
Neurocirurgia  
CREMEPE 24332

**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

COMPREV / ID / PREVIDÊNCIA S/A

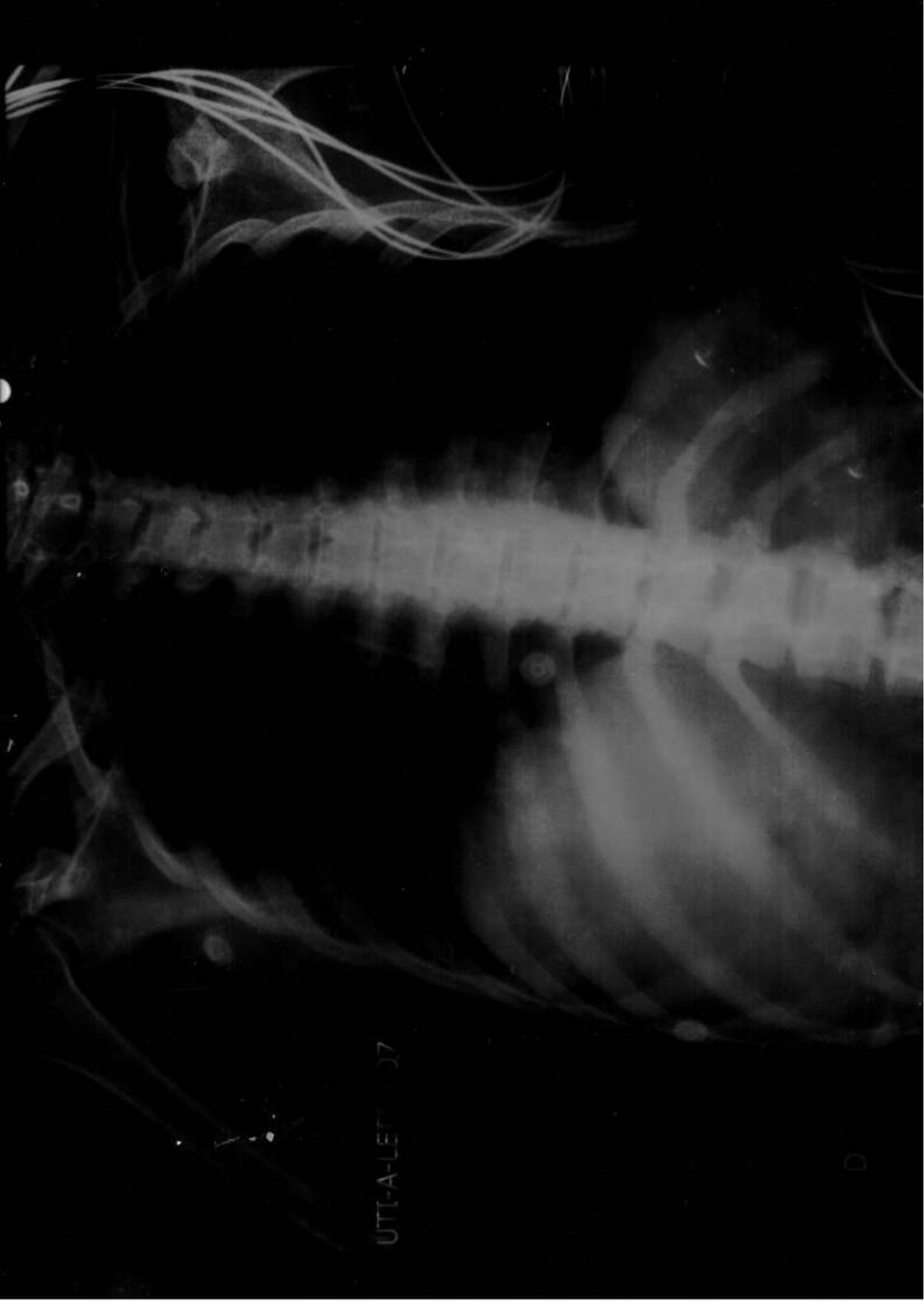
31 MAI 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

09-EXTRA

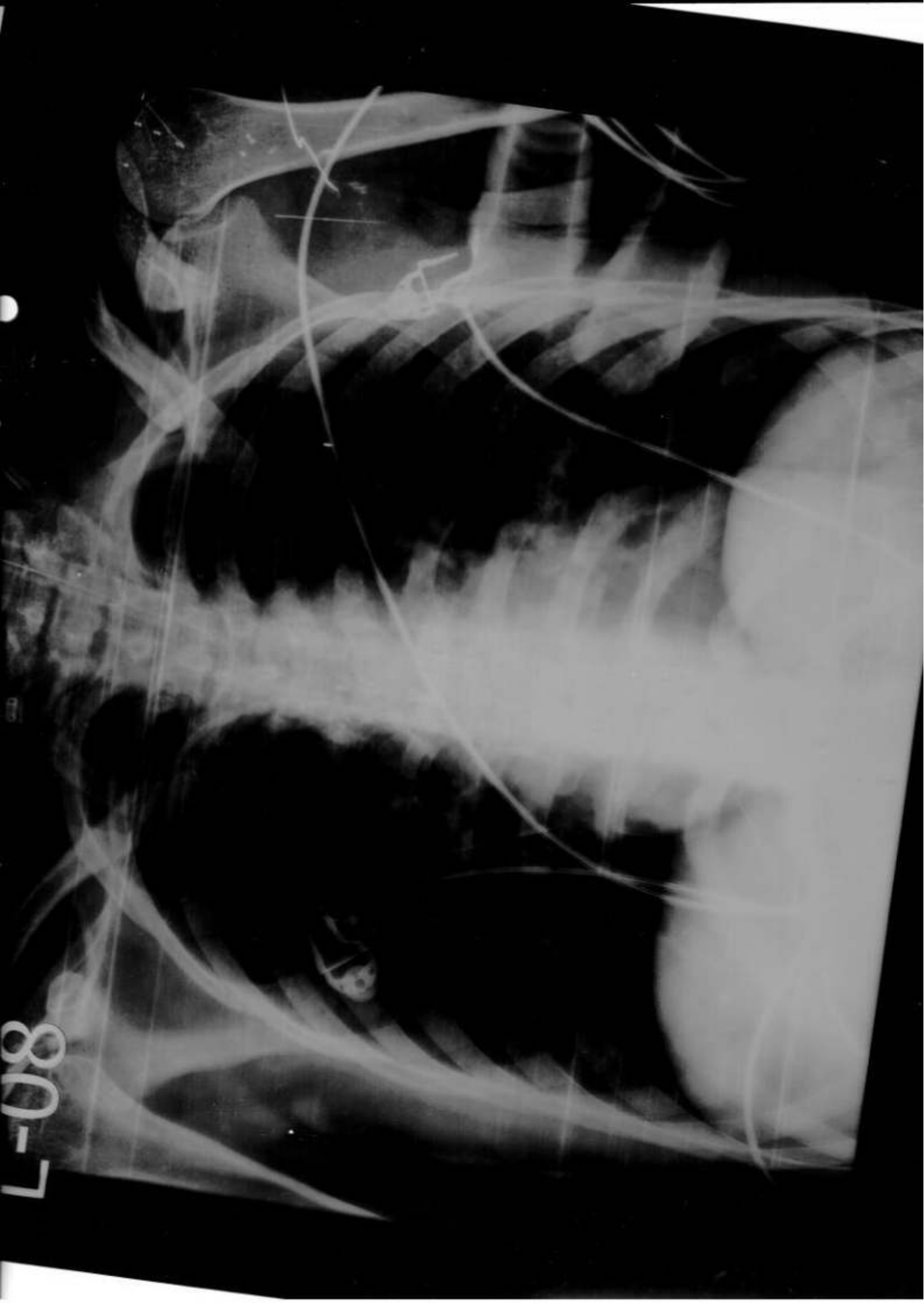


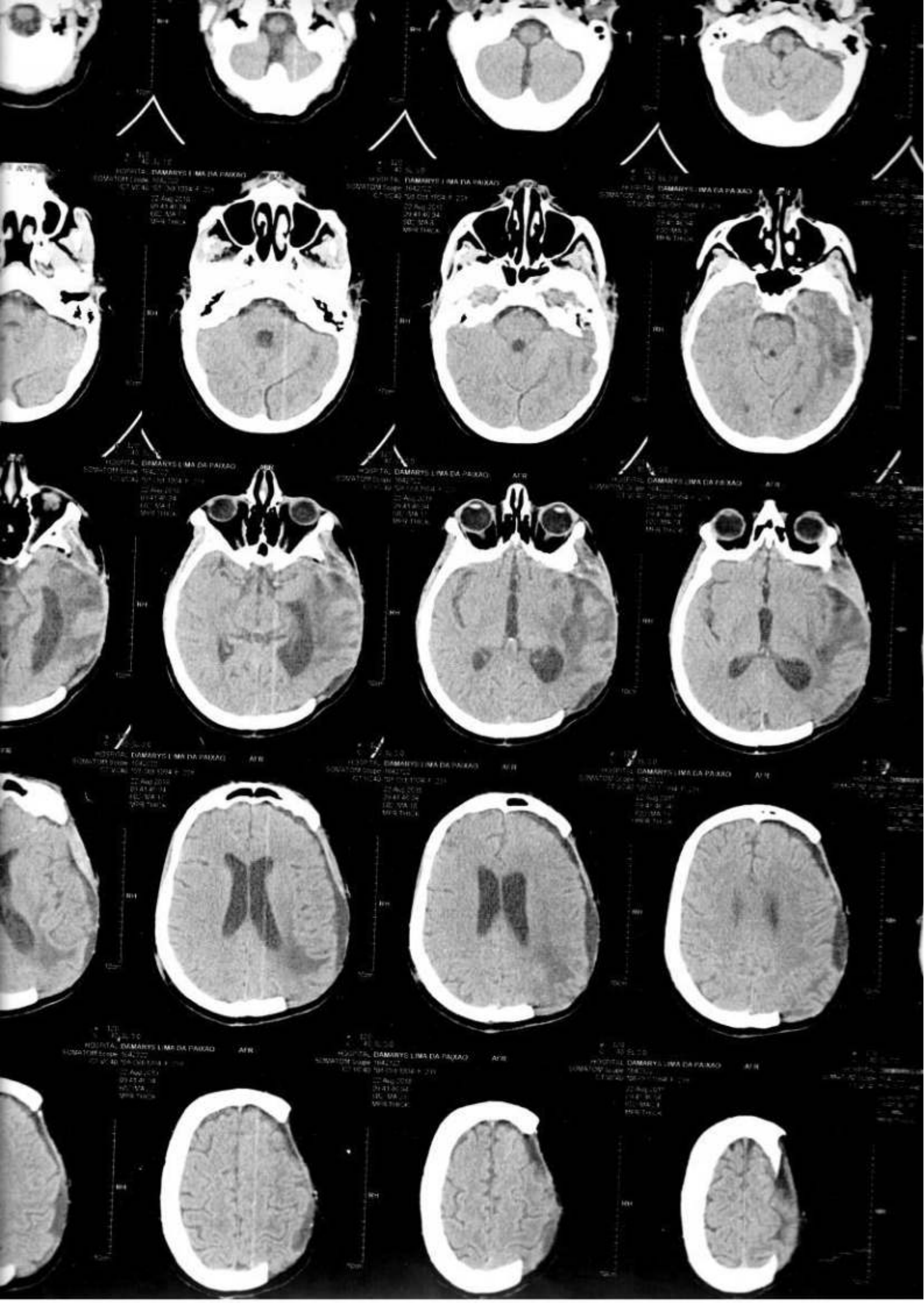




UTI-A-LET 07

80-7





PAIXAO

HAL

HOSPITAL DAMARYS LIMA DA PAIXAO  
 SOMATOM Scope 1642322  
 CT VC40 \*08-Oct-1994, F, 23Y  
 22-Aug-2018  
 09:41:46.94  
 603 IMA 2  
 Manip. VRT

HAL



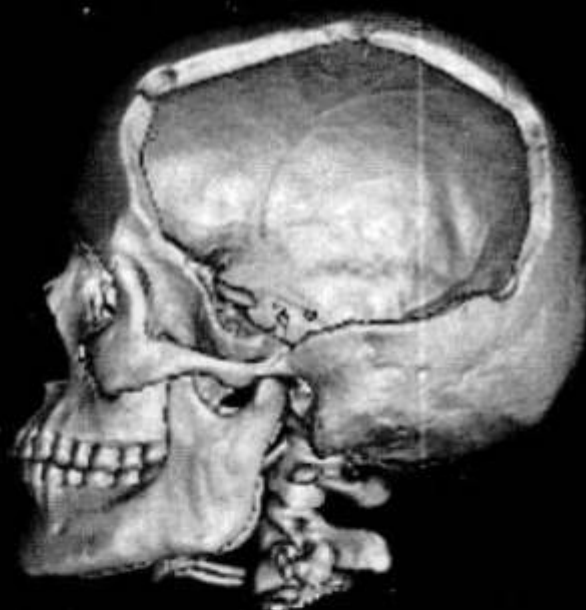
PHL

PAIXAO

HAL

HOSPITAL DAMARYS LIMA DA PAIXAO  
 SOMATOM Scope 1642322  
 CT VC40 \*08-Oct-1994, F, 23Y  
 22-Aug-2018  
 09:41:46.94  
 603 IMA 4  
 Manip. VRT

HAR



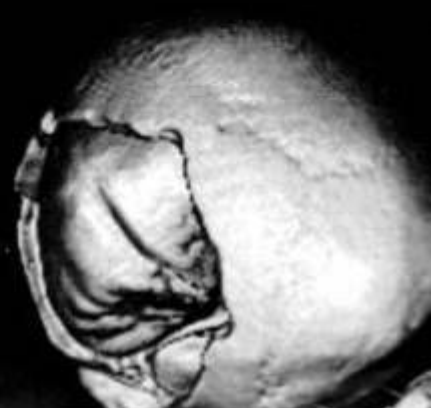
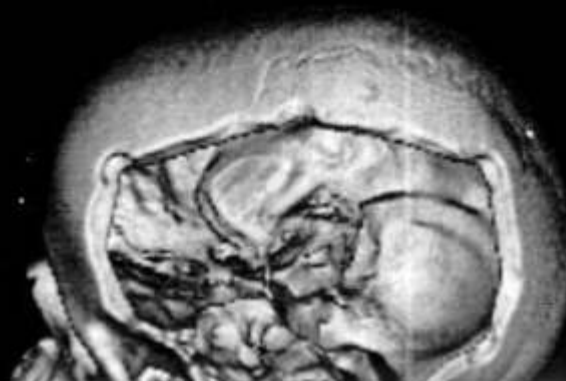
AFL

PAIXAO

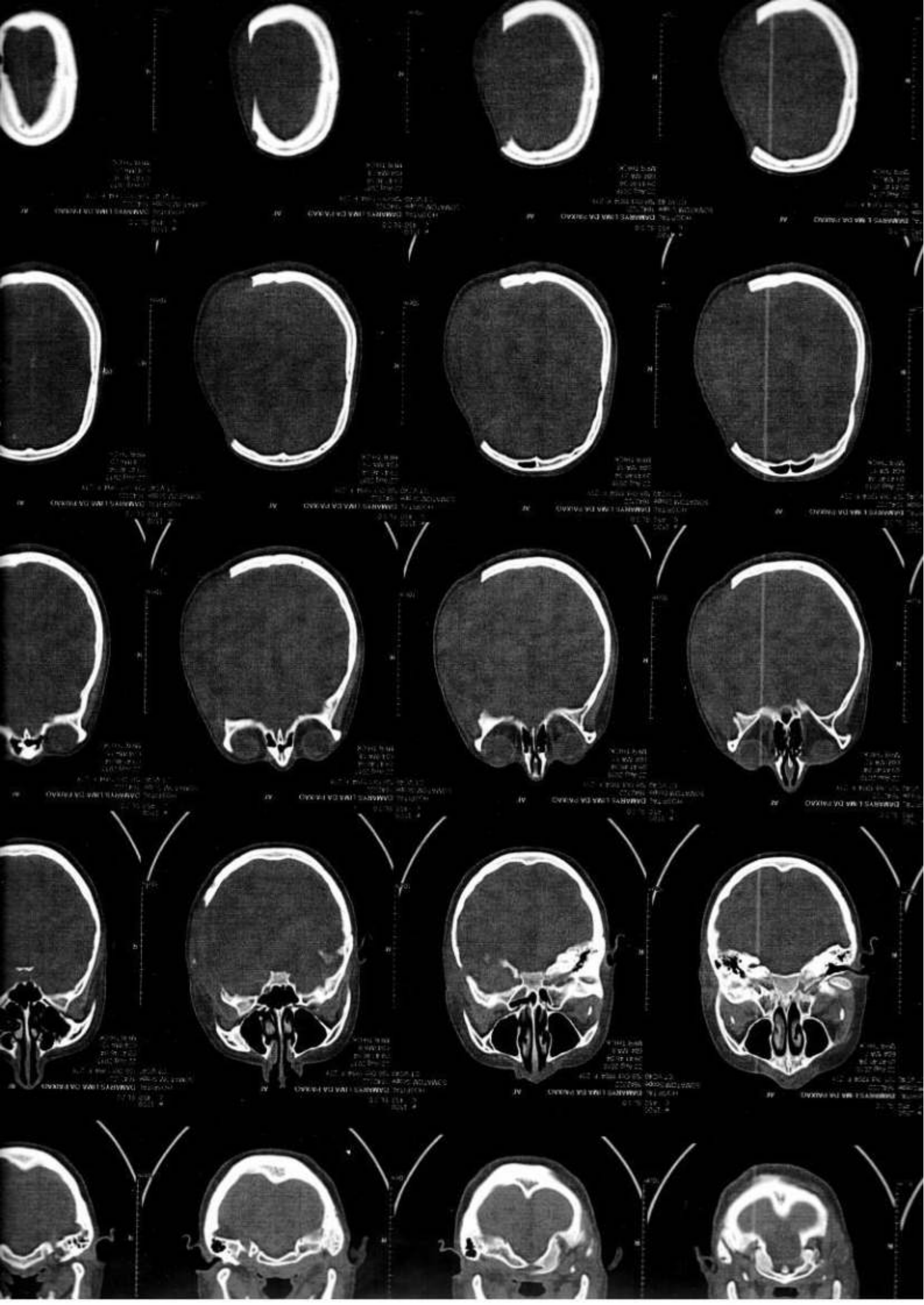
HRA

HOSPITAL DAMARYS LIMA DA PAIXAO  
 SOMATOM Scope 1642322  
 CT VC40 \*08-Oct-1994, F, 23Y  
 22-Aug-2018  
 09:41:46.94  
 603 IMA 6  
 Manip. VRT

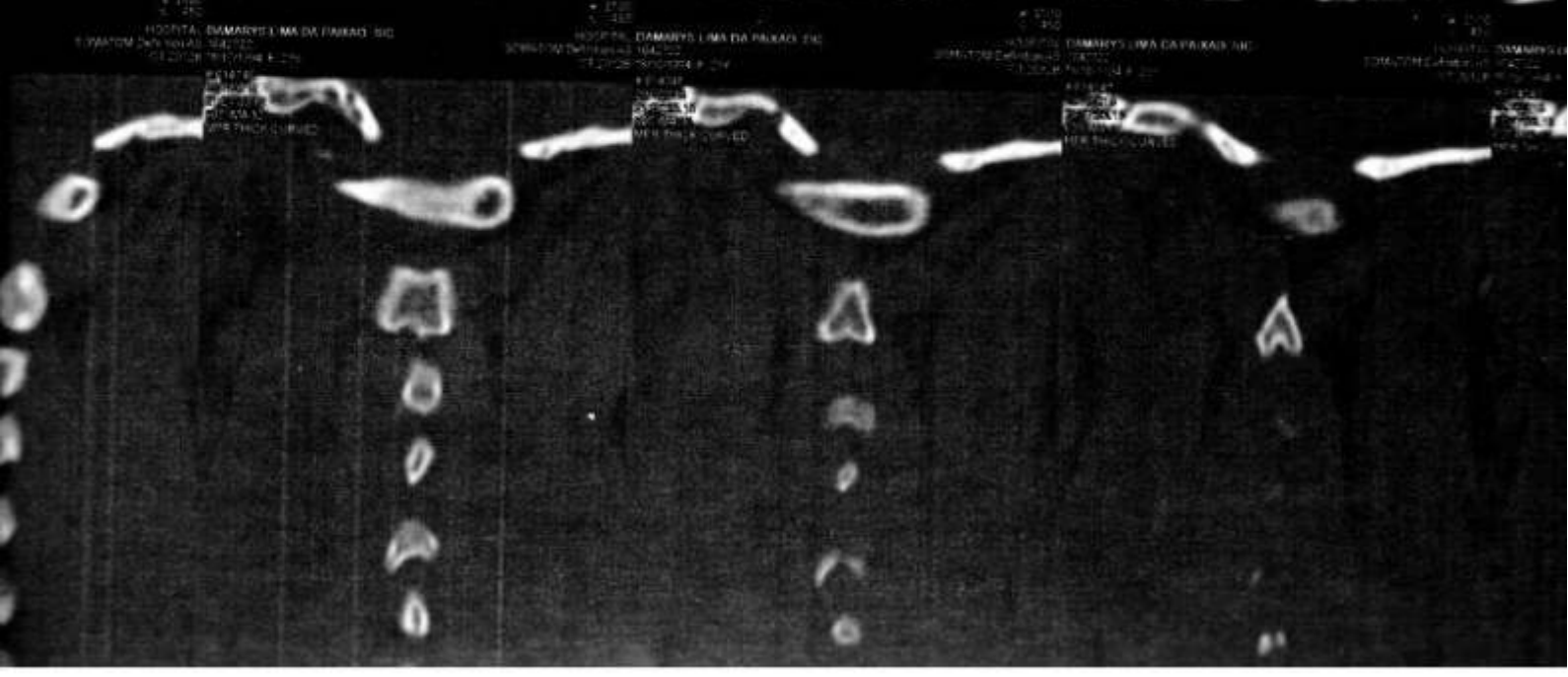
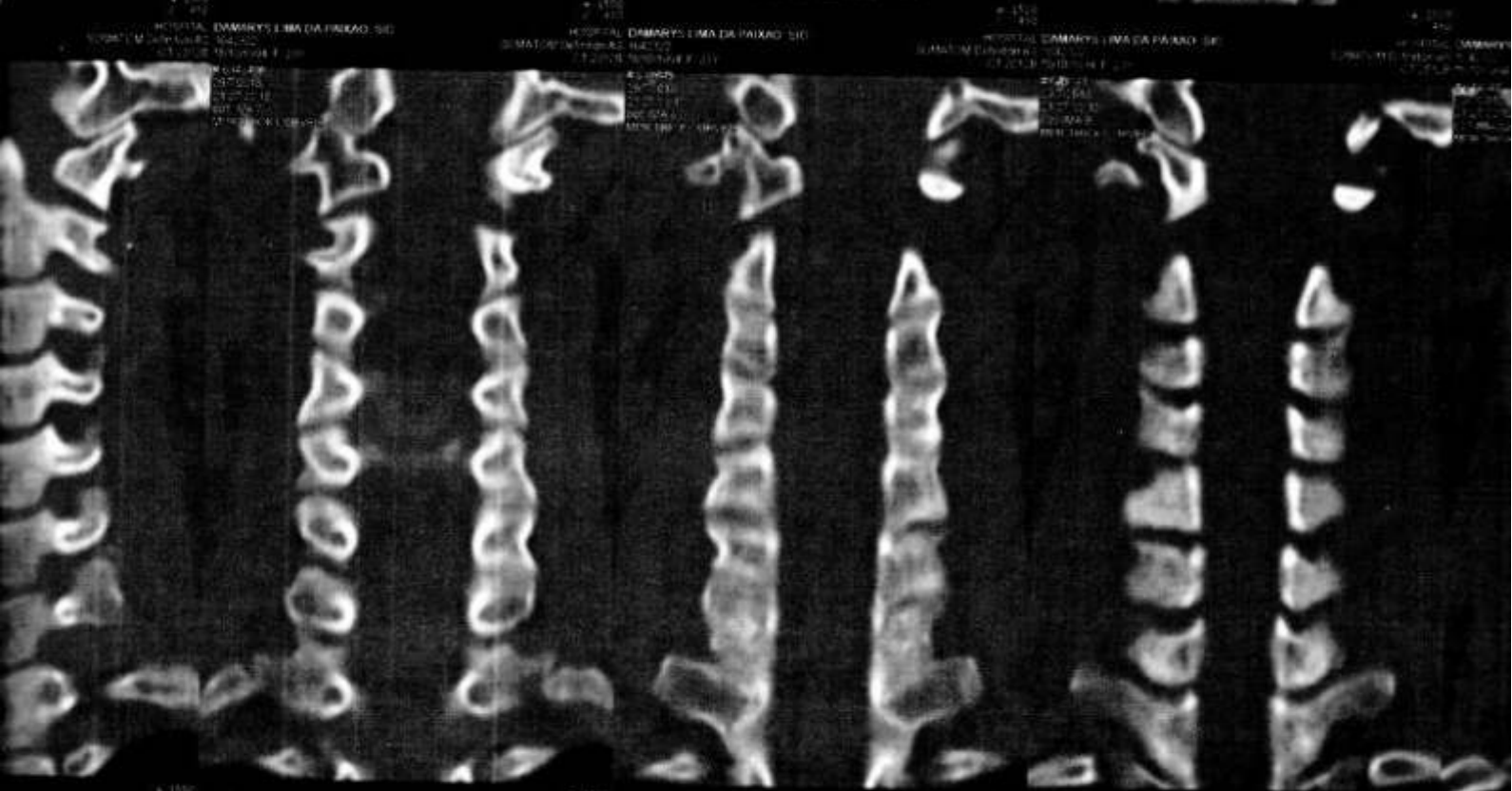
HRA

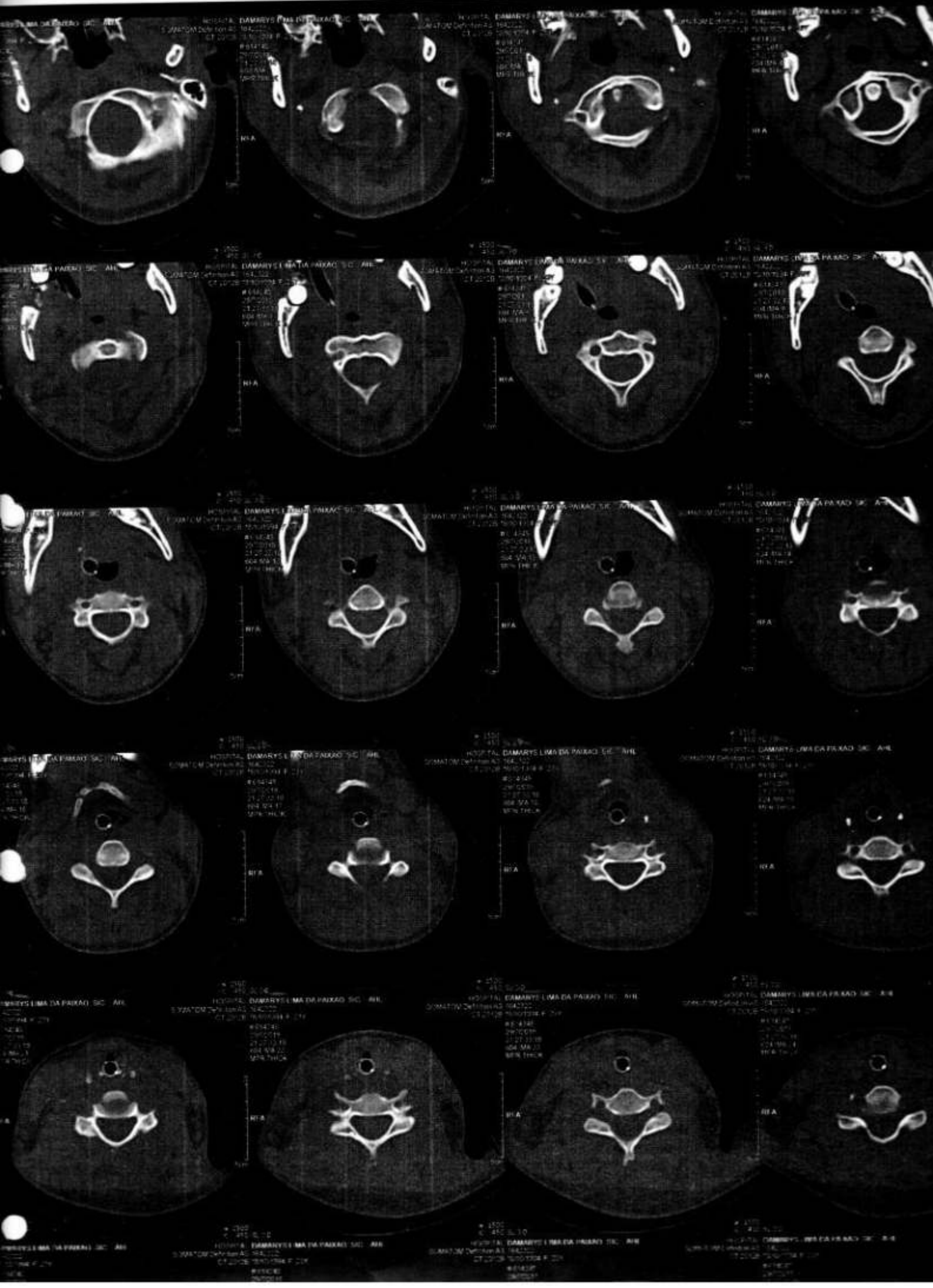


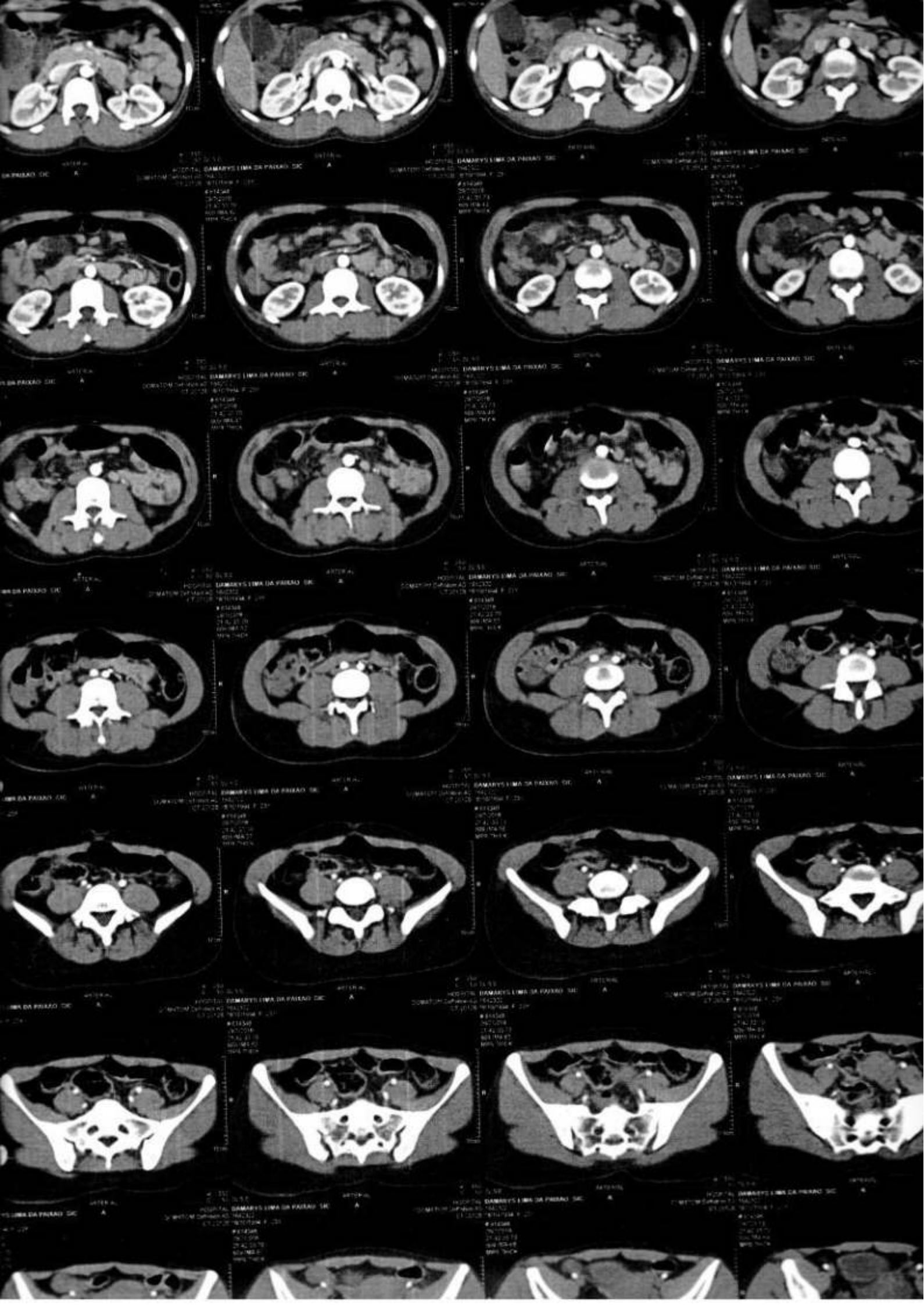
LAH



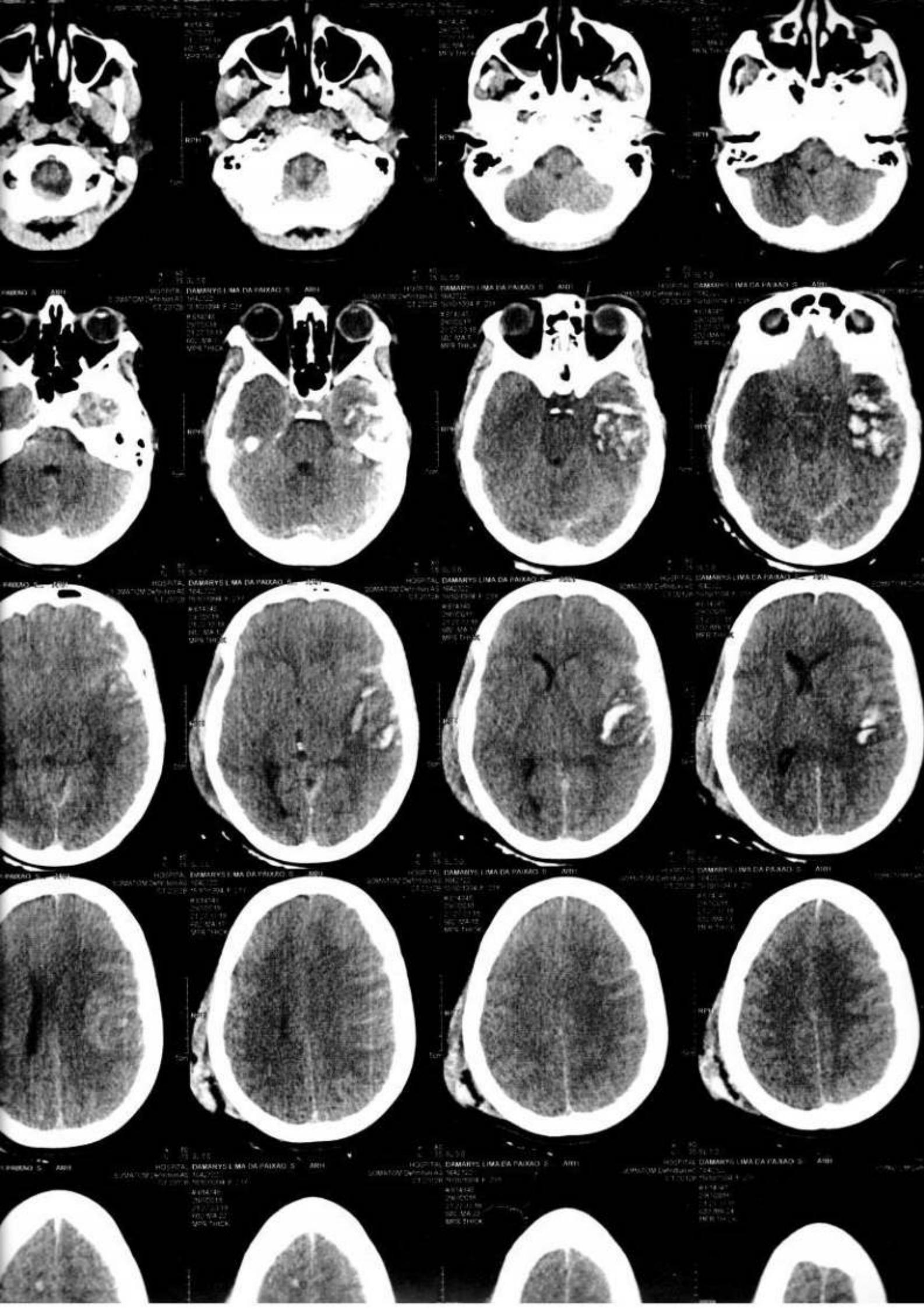


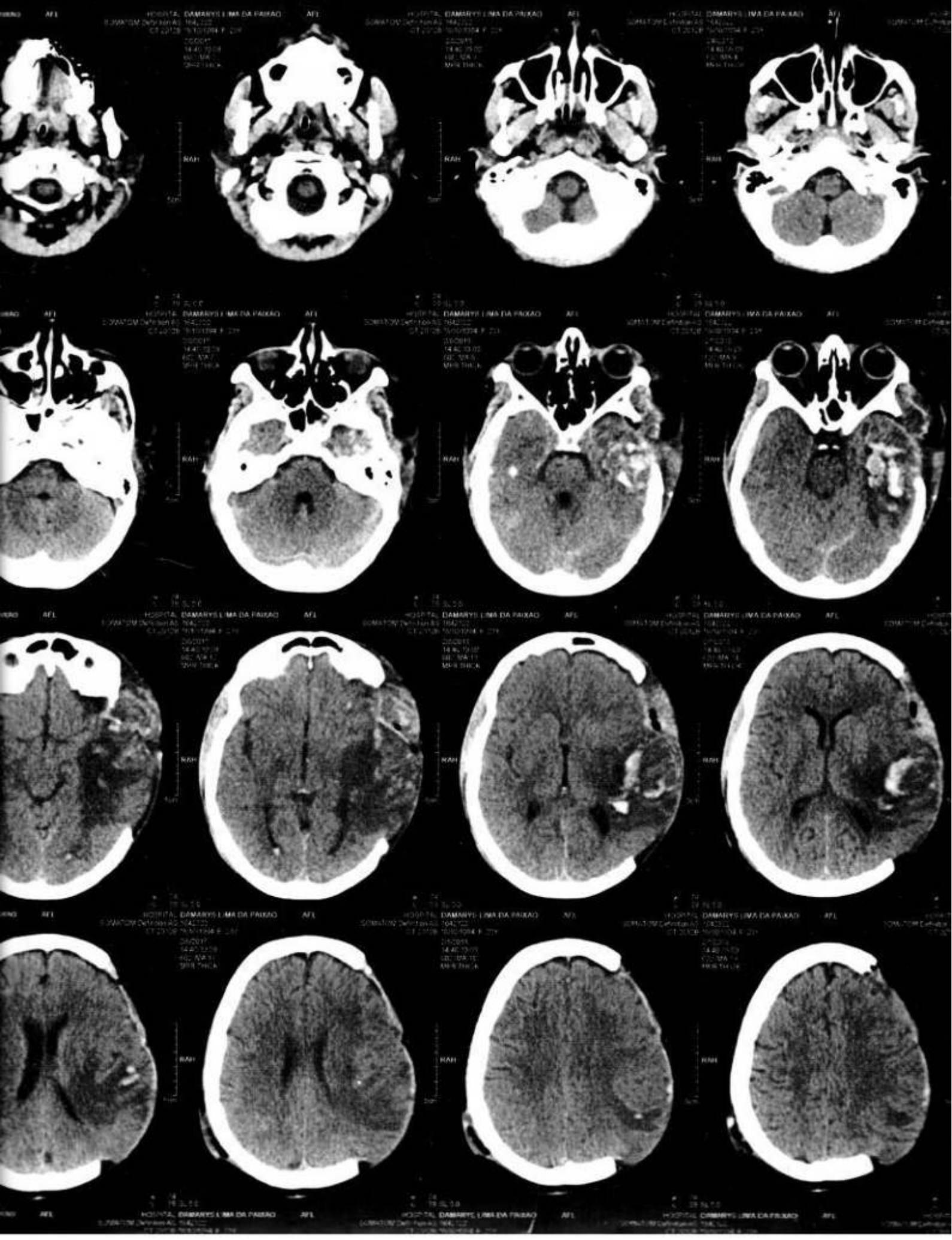


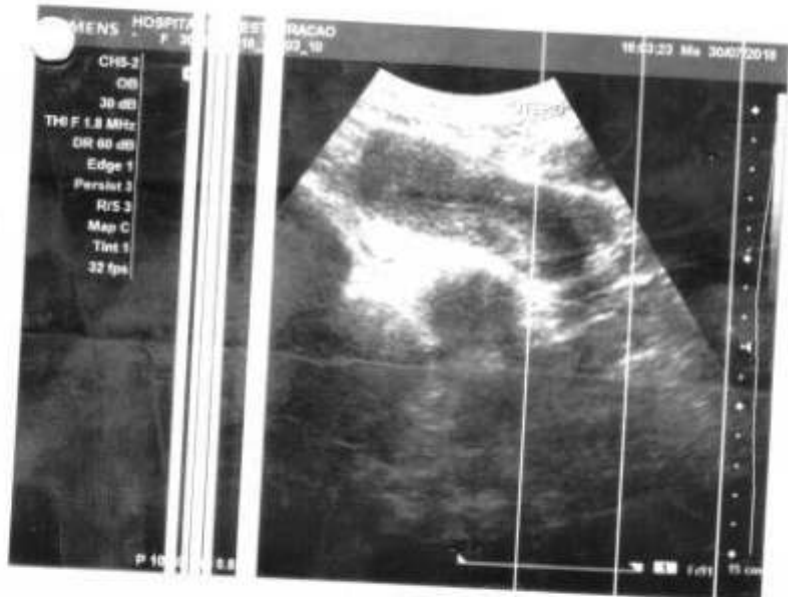
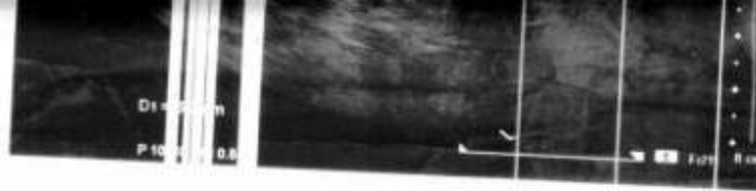


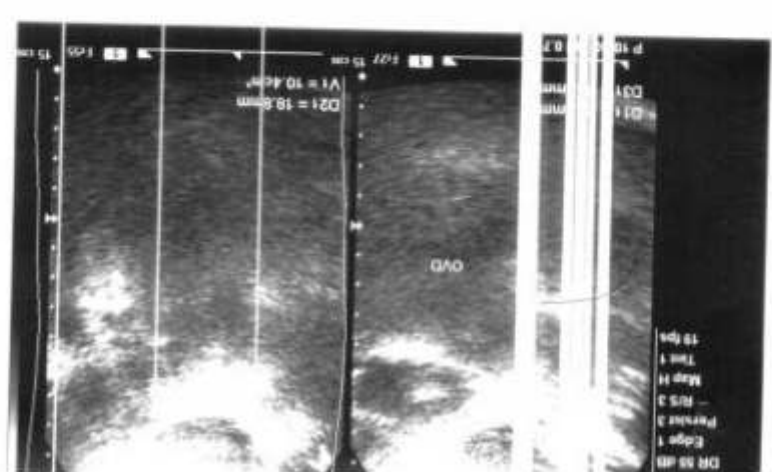
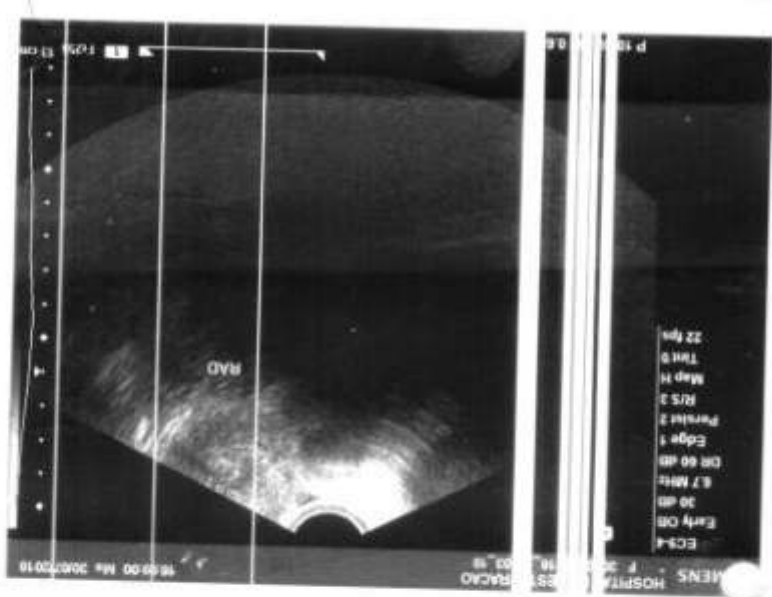
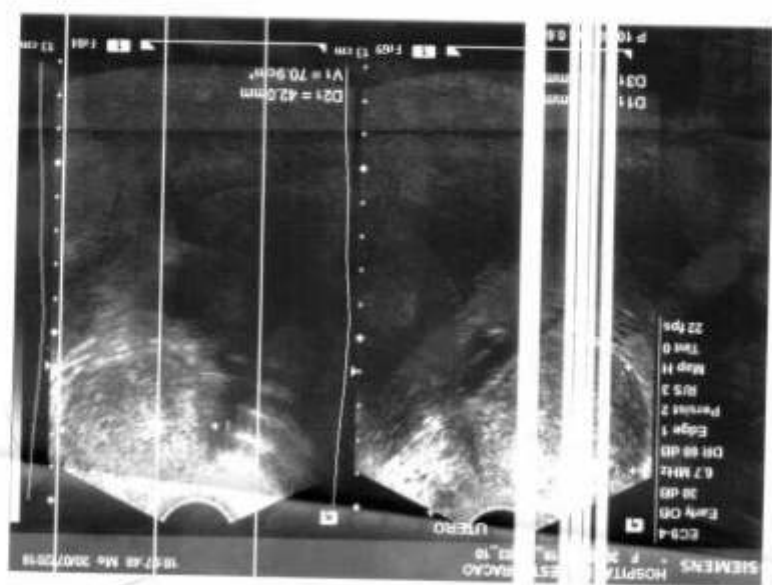
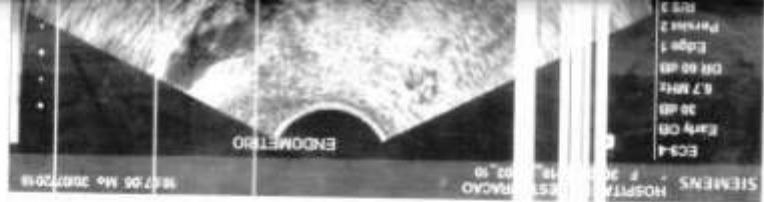














Accession Report (Default)

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 16:32

No.Amostra: 51.818

Bacterioscopia:

Comentário da Amostra: Cultura negativa.

Isolate Number: 1

Data de Nascimento:

Sexo:

Anamnese:

Leito: 8

Localização: UTI Adulto Salão A

Médico Solicitante:

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



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: DAMARYS LIMA DA PAIXAO	PRONTUÁRIO: 1642322	ATENDIMENTO: 01005243
DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1994	FOI ATENDIDO EM: 29/07/2018 Às	
	DATA DA ALTA: 21/08/2018 ÀS	

#### Diagnóstico Provável:

TCE GRAVE: CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA + HSDA À ESQUERDA + EDEMA CEREBRAL

CID10: S06

#### Tratamento Realizado:

PO CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA ESQUERDA (30/07/18)  
FEZ USO DE TAZOCIN (01/08 - 20/08)

#### Observação:

PACIENTE COM RELATÓRIO DE ACIDENTE DE MOTO COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, CHEGADA ENTUBADA, COM OTORRAGIA BILATERAL, ECG=1+1+5=7T PUPILAS ISO RFM DEBIL. EQUIMOSE PALPEBRAL BILATERAL. REALIZADO TC DE CRÂNIO COM PRESENÇA DE CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA + HSDA À ESQUERDA + MICRO CONTUSÕES, ÁREAS DE HIPODENSIDADE CEREBELAR DIREITO E TERRITÓRIO DA ACM?DLM&gt;5MM EDEMA DIFUSO, CISTERNAS FECHADAS.  
PACIENTE SUBMETIDA A UMA CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA ESQUERDA 30/07/18.

EVOLUINDO NO PÓS-OPERATÓRIO COM MELHORA DO NÍVEL DO CONSCIÊNCIA. EXAME NEUROLÓGICO: PACIENTE POUCO COOPERATIVA, GLASGOW:4+3+6=13, PUPILAS ISOFOTOREAGENTES; HEMIPARESIA DIREITA

#### Encaminhado para:

- 1) ALTA HOSPIITALAR EM 21/08/18
- 2) REALIZADA TC DE CRÂNIO COM RECONSTRUÇÃO 3D + GRAVAÇÃO DE DVD. ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE DR PABLO
- 3) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 (TRINTA) DIAS
- 4) FISIOTERAPIA MOTORA + FONOAUDIOLOGIA

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

RENATA RAIZZA MONTERAZZO CYSNEIROS - CRM: N° 20715

Recife, 21, AGOSTO ,2018

#### ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.


RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: DAMARYS LIMA DA PATXAO Clínica:	Prontuário: 1642322 Atendimento: 1005243 Leito: +24HS
--	---

USO ORAL

1)DIPIRONA 500MG -----

TOMAR 02CPMP VO 6/6HORAS SE DOR

Data: 21/08/2018	 Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE
------------------	--

Renata Monteiro  
Neurocirurgia  
CRM 20718

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA- VITROS 5.1/FS

SEPAC

DOENTE: DAMARYS LIMA PAIXAO

MÉDICO:

ID: 1642322

ID:

ENDEREÇO: 509/EX

ENDEREÇO:

COMENTÁRIOS:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 61

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

COLHIDA EM: 9/8/2018 10:42:50

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 9/8/2018 10:36:57

HEMÓLISE (H): <15

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H	I	T	INTERVALO REFERENCIAL
UREA	41.76 mg/dL(A)				15.00-43.00
CREATININA	0.50 mg/dL				0.52-1.25
RESERVA ALCALINA	28.4 mmol/L				22.0-30.0
AST - TGO	31 U/L				15-59
ALT - TGP	33 U/L				13-72

IM DO RELATÓRIO

IMPRIMA DATA/HORA: 9/8/2018 10:42:50

139  
4.9  
100

Biomedica  
11/11/17

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

Médico Solicitante: Médico solicitante não informado

Data de Entrada: 14/08/2018 14:49

Dr. Felipe Ferreira  
15/08/2018 11:05

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 dentre outras).

Localização: UTI Adulto Salão A

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	>=64		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

Adelina Vilela  
Biomédica - Microbiologista  
CRM - 0236

Accession Report (Default)

Nome, Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO  
Prontuario: 1642322

Data de Nascimento:

Sexo:

Anamnese:

Leito: 8

No.Registro: 1642322

Data de Admissão:

Material: Swab Nasal - Pesquisa de Vigilância

Observação:

Data da Requisição: 01/08/2018 07:52

Localização: UTI Adulto Salão 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

Adelina Vilela Belo  
Biomédica - Microbiologista  
CRM - 02186



569  
monte

LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA - Microbiologia

Nome, Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO

Prontuario: 1642322

No.Registro: 1642322

Data de Admissão:

Material: Secrecao Traqueal

Observação:

Data da Requisição: 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

Data de Nascimento:

Sexo:

Anamnese:

Leito: 8

Localização: UTI Adulto Salão A

Médico Solicitante:

Data de Entrada: 03/08/2018 08:00

Dr. Felipe Ferreira  
Biotécnico  
Microbiologia  
CRM: 5764



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

Data.....: 09/08/2018 129485  
Prontuário.: 1642322  
Horário de cadastro : 12:46  
Horário de impressão : 10:59

Exames solicitados: BHCG.

**BHCG - QUALITATIVO**

Data da Coleta: 09/08/2018

**Resultado**

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

  
M<sup>te</sup> C. Magalhães  
CRF 1090

Amcs: No.: 69

ID DOENTE: 1642322

Nome: DAMARYS LIMA DA

Serviço: 5 NORTE

PAIXAO 509-EXT

Data Nasc.:

Sexo:

ID Analisador: XT-4000i-1

## HEMOGRAMA

WBC 16.73 + [10<sup>3</sup>/uL]  
 RBC 3.98 [10<sup>6</sup>/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<sup>3</sup>/uL] ✓  
 RDW-SD 43.5 [fL]  
 RDW-CV 13.0 [%]  
 MPV 10.2 [fL]  
 NEUT 10.48 \* [10<sup>3</sup>/uL]  
 LYMPH 4.40 \* [10<sup>3</sup>/uL]  
 MONO 1.36 \* [10<sup>3</sup>/uL]  
 EO 0.43 \* [10<sup>3</sup>/uL]  
 BASO 0.06 [10<sup>3</sup>/uL]

IG 0.71 [10<sup>3</sup>/uL]

92.0 \* [%]  
 6.0 \* [%]  
 0.9 \* [%]  
 0.4 \* [%]

## DIFERENCIAL MANUAL

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

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

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP

Linfocitose

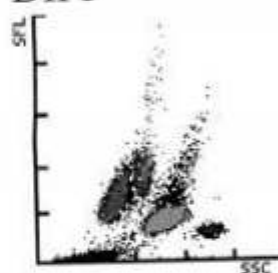
Monocitose

Presença IG

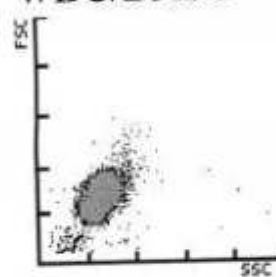
Neutrófilos Banda?

Linfócitos Atípicos?

## DIFF



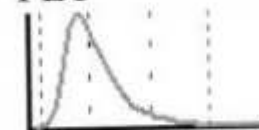
## WBC/BASO



## RBC



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

## SERIE VERMELHA

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

WBC-BF

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

RBC-BF

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

MN

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

PMN

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

TC-BF#

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

[%]

[%]

## OBSERVACOES:

5 B = Leucócitos bem conservados

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Handwritten signature and notes.

# 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					08/09/2018 11:58:42	Validado

Adilson B  
Farmacêutico  
CRF 10

Accession Report (Default)

Nome, Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO  
Prontuario: 1642322

No.Registro: 1642322

Data de Admissão:

Material: Urina

Observação:

Data da Requisição: 01/08/2018 07:54

No.Amostra: 101.818

Bacterioscopia:

Comentário da Amostra: Cultura negativa.

Data de Nascimento:

Sexo:

Anamnese:

Leito: 8

Localização: UTI Adulto Salão A

Médico Solicitante:

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

Isolate Number: 1

Nome, Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO  
Prontuario: 1642322

No.Registro: 1642322

Data de Admissão:

Material: Urina

Observação:

Data da Requisição: 01/08/2018 07:54

No.Amostra: 101.818

Bacterioscopia:

Comentário da Amostra: Cultura negativa.

Isolate Number: 1

Nome, Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO  
Prontuario: 1642322

No.Registro: 1642322

Data de Admissão:

Material: Urina

Observação:

Data da Requisição: 01/08/2018 07:54

No.Amostra: 101.818

Bacterioscopia:

Comentário da Amostra: Cultura negativa.

Isolate Number: 1

Nome, Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO  
Prontuario: 1642322

No.Registro: 1642322

Data de Admissão:

Material: Urina

Observação:

Data da Requisição: 01/08/2018 07:54

No.Amostra: 101.818

Bacterioscopia:

Comentário da Amostra: Cultura negativa.

Isolate Number: 1

Nome, Sobrenome: DAMARYS LIMA DO PAIXAO  
Prontuario: 1642322

No.Registro: 1642322

Data de Admissão:

Material: Urina

Observação:

Data da Requisição: 01/08/2018 07:54

No.Amostra: 101.818

Bacterioscopia:

Comentário da Amostra: Cultura negativa.

Adelina Vila Bela  
Biomédica - Microbiologista  
CRM - 0286

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA- VITROS 5.1/FS  
SEPAC

DOENTE: DAMARYS LIMA

MÉDICO:

ID: 1642322  
ENDEREÇO: UTI 108

ID:  
ENDEREÇO:

COMENTÁRIOS:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 08

COLHIDA EM: 7/8/2018 07:30:22

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 7/8/2018 07:24:20

HEMÓLISE (H): 20

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H	I	T	INTERVALO REFERENCIAL
GLICOSE	98.9 mg/dL				70.0-99.0
UREA	31.50 mg/dL (A)				15.00-43.00
CREATININA	0.51 mg/dL				0.52-1.25
RESERVA ALCALINA	28.6 mmol/L				22.0-30.0

IMPRIMA DATA/HORA: 7/8/2018 07:30:22

FIM DO RELATÓRIO

Sódio 137 mEq/L  
Potássio 4.4 mEq/L  
Clorato 100  
H. Alcalina  
Lactato  
Magnésio

Mônica Ferreira  
CRBM-PE 608



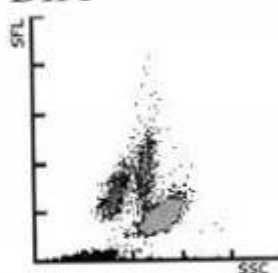
Amostra No.: 34  
ID DOENTE: 1004767  
Nome: DAMARYS PAIXAO

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

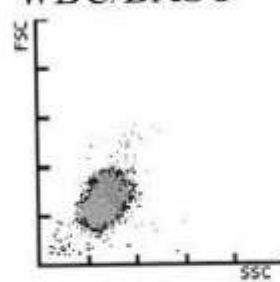
## HEMOGRAMA

WBC	16.32 +	[10 <sup>3</sup> /uL]	
RBC	4.09	[10 <sup>6</sup> /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 <sup>3</sup> /uL]	
RDW-SD	43.0	[fL]	
RDW-CV	13.1	[%]	
MPV	9.6	[fL]	
NEUT	13.17 +	[10 <sup>3</sup> /uL]	80.7 + [%]
LYMPH	1.63	[10 <sup>3</sup> /uL]	10.0 - [%]
MONO	1.49 +	[10 <sup>3</sup> /uL]	9.1 [%]
EO	0.01	[10 <sup>3</sup> /uL]	0.1 [%]
BASO	0.02	[10 <sup>3</sup> /uL]	0.1 [%]
IG	0.07	[10 <sup>3</sup> /uL]	0.4 [%]

## DIFF



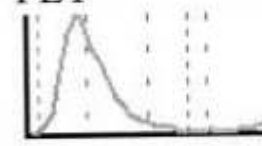
## WBC/BASO



## RBC



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

## DIFERENCIAL MANUAL

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

## SERIE VERMELHA

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

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

META.....%  
MIELO.....%  
ROMIELO.....%  
BLASTO.....%

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP  
Neutrofilia  
Monocitose

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Maria Iraci Buarque Valença  
Análises Clínicas  
CRM 442

# Relatório Resultados Amostra

Serial Number 15071996  
SEPAC  
Instrument Model  
HOSPITAL DA RESTAURACAO

ACL TOP 300 CTS

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 23:47:18	Validado
	0.96 Ratio						
PT-RP	11.5 s					07/29/2018 23:45:30	Validado
	97 %						
	1.02 INR						

Maria Iraci Buarque Valença  
Analises Clinicas  
CREM 442

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA- VITROS 5.1/FS  
SEPAC

DOENTE: DAMARYS PAIXAO

MÉDICO:

ID: 1004767

ID:

ENDEREÇO: UT VERMELHA

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

COMENTÁRIOS:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 219

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

COLHIDA EM: 29/7/2018 23:36:53

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 29/7/2018 23:30:42

HEMÓLISE (H): <15

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H	I	T	INTERVALO REFERENCIAL
GLICOSE	HI 132.8 mg/dL				70.0-99.0
UREA	19.78 mg/dL (A)				15.00-43.00
CREATININA	0.58 mg/dL				0.52-1.25
RESERVA ALCALINA	24.4 mmol/L				22.0-30.0
COLESTEROL	190 mg/dL				0-200
TRIGLICERIDEOS	73.0 mg/dL				0.0-150.0

IMPRIMA DATA/HORA: 29/7/2018 23:36:53

FIM DO RELATÓRIO

Sódio	133	mEq/l
Potássio	3.5	mg/l
Cloratos	97	mEq/l
B. Alcalia		mEq
Cálcio	1	mg%
Fósforo		mg%

*Handwritten signature and date: 29/7/2018*

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA- VITROS 5.1/FS  
SEPAC

DOENTE: DEMOGENES LIMA

MÉDICO:

ID: 1004767  
ENDEREÇO: SR / 16

ID:  
ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

COMENTÁRIOS:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 181

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

COLHIDA EM: 30/7/2018 14:02:39

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 30/7/2018 13:56:37

HEMÓLISE (H): <15

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO			H	I	T	INTERVALO REFERENCIAL
GLICOSE	HI	186.4	mg/dL				70.0-99.0
UREA	LO	12.61	mg/dL (A)				15.00-43.00
CREATININA	LO	0.47	mg/dL				0.52-1.25
RESERVA ALCALINA	LO	20.7	mmol/L				22.0-30.0

IMPRIMA DATA/HORA: 30/7/2018 14:02:39

FIM DO RELATÓRIO

Sódio 132 mg/dL  
Potássio 5,2 mEq/L  
Cloro 100 mEq/L  
Bicarbonato 26 mEq/L



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

L16

Rack: 2  
Serviço: SR

Tubo: 7 2018/07/30 13:42:38

Data Nasc.:  
ID Analisador: XT-4000i-1

## HEMOGRAMA

WBC 16.68 + [10<sup>3</sup>/uL]  
RBC 2.87 [10<sup>6</sup>/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<sup>3</sup>/uL]  
DW-SD 42.1 [fL]  
RDW-CV 12.9 [%]  
MPV 11.3 [fL]  
NEUT 14.20 + [10<sup>3</sup>/uL]  
LYMPH 1.31 [10<sup>3</sup>/uL]  
MONO 1.16 + [10<sup>3</sup>/uL]  
EO 0.00 [10<sup>3</sup>/uL]  
BASO 0.01 [10<sup>3</sup>/uL]

IG 0.07 [10<sup>3</sup>/uL]

## DIFERENCIAL MANUAL

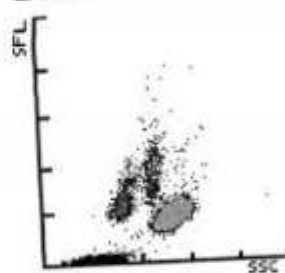
BASTAO.....%  
SEGMENT.....%  
EOSIN.....%  
LINF.....%  
LINF ATIP.....%  
MONO.....%  
BASO.....%

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

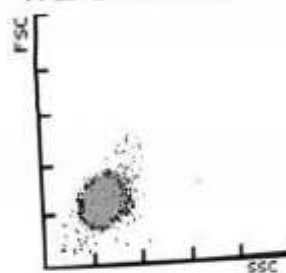
GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP  
Neutrofilia  
Monocitose

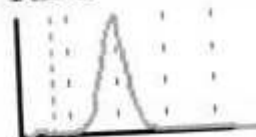
## DIFF



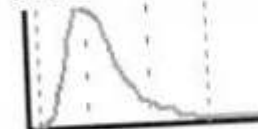
## WBC/BASO



## RBC



## PLT



BT = 0.6 %  
SEG = 7.9 %  
85.0 + [%]  
7.9 - [%]  
7.0 [%]  
0.0 [%]  
0.1 [%]

## LIQUIDOS BIOLOGICOS

## SERIE VERMELHA

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

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

## OBSERVACOES:

*do fimo em vários pontos*

RBC/RET Mensagem IP  
Anemia

PLT Mensagem IP

Robinson P. Ferreira  
Farmacêutico  
CRF - 01267

# Relatório Resultados Amostra

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

ID amostra: 1004767-135  
Tipo amostra: Paciente

Primeiro nome DAMARIYS LIMA  
Apelido SR

ID Rack: 57  
ID Posição 8

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT-RP	12.0 s 91 % 1.06 INR					07/30/2018 14:22:01	Validado

*[Handwritten signature]*  
30/08/2018 14:22:01  
LIMARCA (S. 1004767-135)



HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA- VITROS 5.1/FS  
SEPAC

DOENTE: DAMYRES LIMA  
DA PAIXAO  
ID: 1642322  
ENDEREÇO: UTI / L8

MÉDICO:  
ID:  
ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 8

COLHIDA EM: 5/8/2018 08:15:53

COMENTÁRIOS:

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 5/8/2018 08:09:51

HEMÓLISE (H): <15

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H	I	T	INTERVALO REFERENCIAL
GLICOSE	HI 102.3 mg/dL				70.0-99.0
UREA	27.15 mg/dL (A)				15.00-43.00
CREATININA	0.59 mg/dL				0.52-1.25
RESERVA ALCALINA	HI 33.6 mmol/L				22.0-30.0

FIM DO RELATÓRIO

IMPRIMA DATA/HORA: 5/8/2018 08:15:53

Glicose 141 mg/dL  
 Urea 4.1 mg/dL  
 Creatinina 1.21 mg/dL  
 Reserva Alcalina  
 Cálcio  
 Fósforo

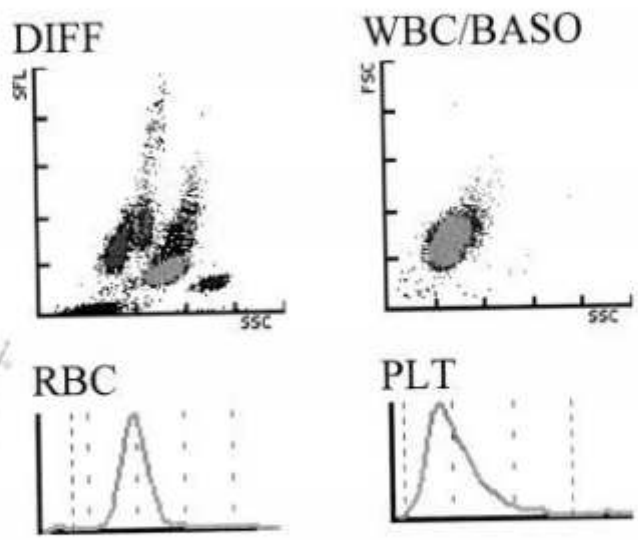
4

HEMOGRAMA

WBC	16.91 +	[10 <sup>3</sup> /uL]
RBC	3.75	[10 <sup>6</sup> /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 <sup>3</sup> /uL]
RDW-SD	43.2	[fL]
RDW-CV	13.0	[%]
MPV	9.9	[fL]
NEUT	11.27 *	[10 <sup>3</sup> /uL]
LYMPH	3.68 *	[10 <sup>3</sup> /uL]
MONO	1.30 *	[10 <sup>3</sup> /uL]
EO	0.60 *	[10 <sup>3</sup> /uL]
BASO	0.06	[10 <sup>3</sup> /uL]

BT = 0.3 %  
ST = 6.4 %

66.6 *	[%]
21.8 *	[%]
7.7 *	[%]
3.5 *	[%]
0.4	[%]



LIQUIDOS BIOLOGICOS

IG	1.12	[10 <sup>3</sup> /uL]	6.6	[%]	WBC-BF	[10 <sup>3</sup> /uL]	
DIFERENCIAL MANUAL			SERIE VERMELHA		RBC-BF	[10 <sup>6</sup> /uL]	
BASTAO.....%			NORMOCITICA.....		MN	[10 <sup>3</sup> /uL]	[%]
SEGMENT.....%			NORMOCROMICA.....		PMN	[10 <sup>3</sup> /uL]	[%]
EOSIN.....%			MICROCITOS.....		TC-BF#	[10 <sup>3</sup> /uL]	
LINF.....%			MACROCITOS.....				
LINF ATIP.....%			ANISOCITOSE.....				
MONO.....%			ERITROBLASTO.....				
BASO.....%							

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

OBSERVACOES: *Leucograma Recente*

WBC Mensagem IP

Neutrofilia

Monocitose

Presença IG

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Blastos?

Neutrófilos Banda?

Robinson G. Ferraz  
CREF 11762

HEMOGRAMA

WBC	13.33 *	[10 <sup>3</sup> /uL]	
RBC	3.42	[10 <sup>6</sup> /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 <sup>3</sup> /uL]	
RDW-SD	40.9	[fL]	
RDW-CV	12.8	[%]	
MPV	10.2	[fL]	
NEUT	8.02 *	[10 <sup>3</sup> /uL]	60.0 * [%]
LYMPH	3.09 *	[10 <sup>3</sup> /uL]	23.2 * [%]
MONO	1.94 *	[10 <sup>3</sup> /uL]	14.6 * [%]
EO	0.14 *	[10 <sup>3</sup> /uL]	1.1 * [%]
BASO	0.14 *	[10 <sup>3</sup> /uL]	1.1 * [%]

IG1.70 \* [10<sup>3</sup>/uL]

12.8 \* [%]

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO	08	%
SEGMENT	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

~~Monocitose~~

~~Blastos?~~

~~Granulócitos imaturos?~~

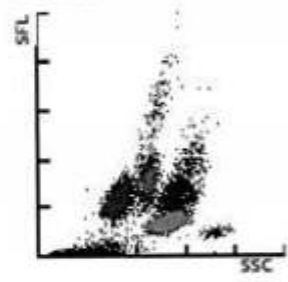
~~Neutrófilos Banda?~~

~~NRBCs~~

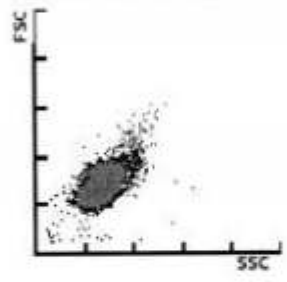
RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

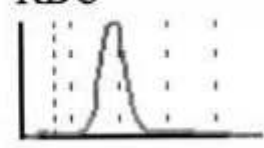
DIFF



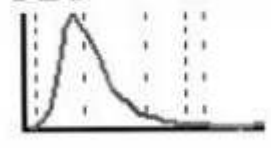
WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

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

M<sup>te</sup> do Socorro Parrita Pereira  
Farmacêutica - Bioquímica  
CRF - 1847

# Relatório Resultados Amostra

Serial Number 15071996  
SEPAC  
Instrument Model  
HOSPITAL DA RESTAURACAO

ID amostra: 1642322-24  
Tipo amostra Paciente

Primeiro nome DAMARYS LIMA  
Apelido UTI AD 1

ID Rack: 57  
ID Posição 2

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

  
M<sup>te</sup> do Socorro Patricia Pereira  
Farmacotécnica - Bioquímica  
CRF - 1847

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA- VITROS 5.1/FS  
SEPAC

DOENTE: DAMARYS LIMA PAIXAO

MÉDICO:

ID: 1642322

ID:

ENDEREÇO: UTIA/8

ENDEREÇO:

COMENTÁRIOS:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 8

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

FLUIDO: Soro

COLHIDA EM: 4/8/2018 08:02:51

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 4/8/2018 07:56:49

HEMÓLISE (H): <15

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H	I	T	INTERVALO REFERENCIAL
GLICOSE	HI 115.5 mg/dL				70.0-99.0
UREA	18.29 mg/dL(A)				15.00-43.00
CREATININA	0.52 mg/dL				0.52-1.25
RESERVA ALCALINA	29.0 mmol/L				22.0-30.0

FIM DO RELATÓRIO

IMPRIMA DATA/HORA: 4/8/2018 08:02:51

140  
4.2  
104  
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<sup>3</sup>/uL]  
 RBC 3.07 [10<sup>6</sup>/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<sup>3</sup>/uL]  
 RDW-SD 44.1 [fL]  
 RDW-CV 13.3 [%]  
 MPV 10.4 [fL]  
 NEUT 5.11 \* [10<sup>3</sup>/uL]  
 LYMPH 2.42 \* [10<sup>3</sup>/uL]  
 MONO 1.00 \* [10<sup>3</sup>/uL]  
 EO 0.17 \* [10<sup>3</sup>/uL]  
 BASO 0.08 \* [10<sup>3</sup>/uL]

58.2 \* [%]  
 27.6 \* [%]  
 11.4 \* [%]  
 1.9 \* [%]  
 0.9 \* [%]

IG 0.73 \* [10<sup>3</sup>/uL]

8.3 \* [%]

## DIFERENCIAL MANUAL

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

## SERIE VERMELHA

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

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

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP

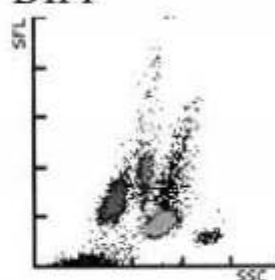
RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

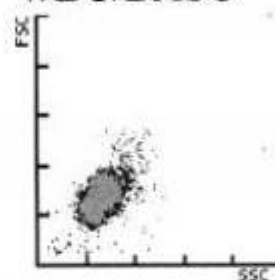
Anemia

Granulócitos Imaturos?  
 Neutrófilos Banda?  
 Linfócitos Atípicos?  
 NRBC?

## DIFF



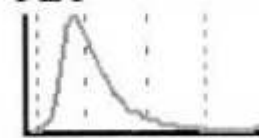
## WBC/BASO



## RBC



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

WBC-BF

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

RBC-BF

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

MN

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

PMN

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

TC-BF#

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

[%]

[%]

## OBSERVACOES:

Dr. [Signature]  
 [Stamp]



# Relatório Resultados Amostra

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

ID amostra:	1642322-4	Primeiro nome	DAMARYS LIMA	ID Rack:	58
Tipo amostra	Paciente	Apelido	UTI AD 1	ID Posição	4

Cód Teste	Resultados	Tipo	Rerun	Rerun necessario	Flag	Completo Data & Hora	Validado
PT-RP	10.8 s 108 % 0.96 INR				MT	08/04/2018 07:43:13	Validado

Dr. Nivaldo  
Farmacêutico  
CRP 12345

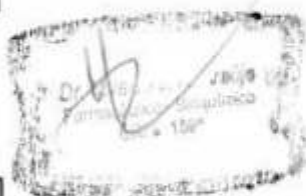
Amostra No.: 301  
ID DOENTE: 1642322  
Nome: DAMARYS LIMA DA

Rack: 1  
Tubo: 1  
Serviço: SR  
PAIXAO L16

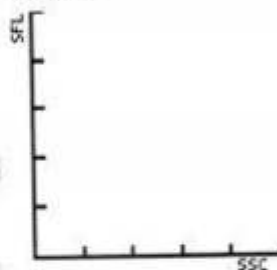
2018/07/31 11:06:07  
Data Nasc.:  
Sexo:  
ID Analisador: XT-4000i-1

## HEMOGRAMA

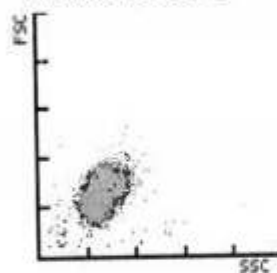
WBC 12.15 [ $10^3/uL$ ]  
RBC [ $10^6/uL$ ]  
HGB 7.0 [g/dL]  
HCT 20.1 [%]  
MCV [fL]  
MCH [pg]  
MCHC [g/dL]  
PLT [ $10^3/uL$ ]  
RDW-SD [fL]  
RDW-CV [%]  
MPV [fL]  
NEUT [ $10^3/uL$ ] [%]  
LYMPH [ $10^3/uL$ ] [%]  
MONO [ $10^3/uL$ ] [%]  
EO [ $10^3/uL$ ] [%]  
BASO [ $10^3/uL$ ] [%]



## DIFF



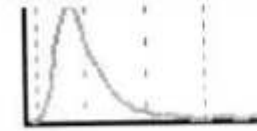
## WBC/BASO



## RBC



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

IG [ $10^3/uL$ ] [%]

## DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO.....%  
SEGMENT.....%  
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# [ $10^3/uL$ ]

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

GRAN TOXICAS.....

## OBSERVACOES:

WBC Mensagem IP

RBC/RET Mensagem IP  
Anemia

PLT Mensagem IP

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

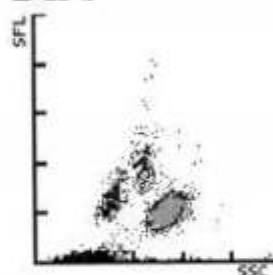
Rack: 1  
 Serviço: UTI AD 1  
 PAIXAO L-08

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

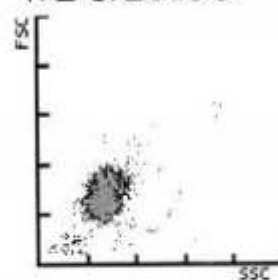
## HEMOGRAMA

WBC	5.36	[10 <sup>3</sup> /uL]	
RBC	3.24	[10 <sup>6</sup> /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 <sup>3</sup> /uL]	
RDW-SD	43.0	[fL]	
RDW-CV	13.2	[%]	
MPV	10.8	[fL]	
NEUT	4.32 *	[10 <sup>3</sup> /uL]	80.6 * [%]
LYMPH	0.56 -	[10 <sup>3</sup> /uL]	10.4 - [%]
MONO	0.47	[10 <sup>3</sup> /uL]	8.8 [%]
EO	0.00 *	[10 <sup>3</sup> /uL]	0.0 * [%]
BASO	0.01	[10 <sup>3</sup> /uL]	0.2 [%]
IG	0.01	[10 <sup>3</sup> /uL]	0.2 [%]

## DIFF



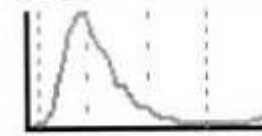
## WBC/BASO



## RBC



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

## DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO... 98 %  
 SEGMENTO... 73 %  
 EOSIN... 00 %  
 LINF... 10 %  
 LINF ATIP... 00 %  
 MONO... 05 %  
 BASO... 20 %

## SERIE VERMELHA

ANEMIA  
 NORMOCITICA ✓  
 NORMOCROMICA ✓  
 MICROCITOS  
 MACROCITOS  
 ANISOCITOSE  
 ERITROBLASTO

WBC-BF  
 RBC-BF  
 MN  
 PMN  
 TC-BF#

[10<sup>3</sup>/uL]  
 [10<sup>6</sup>/uL]  
 [10<sup>3</sup>/uL] [%]  
 [10<sup>3</sup>/uL] [%]  
 [10<sup>3</sup>/uL]

## OBSERVACOES:

S.B. leucócitos com morfolgia conservada.

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

GRAN TOXICAS...

WBC Mensagem IP  
 Linfopenia

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Neutrófilos Banda?

*[Handwritten signature]*  
 Dr. [illegible]  
 [illegible]

# 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-RP	11.2 s 101 % 0.99 INR					08/01/2018 22:37:25	Validado



HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA- VITROS 5.1/FS  
SEPAC

DOENTE: DAMARYS LIMA DA  
PAIXAO  
ID: 1642322  
ENDEREÇO: UTI A 08

MÉDICO:  
ID:  
ENDEREÇO:  
COMENTÁRIOS:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 236

COLHIDA EM: 1/8/2018 22:59:04

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 1/8/2018 22:50:01

HEMÓLISE (H): 18

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO		RESULTADO	H	I	T	INTERVALO	REFERENCIAL
GLICOSE	LO	61.9 mg/dL				70.0-99.0	
UREA		29.99 mg/dL (A)				15.00-43.00	
CREATININA	LO	0.48 mg/dL				0.52-1.25	
RESERVA ALCALINA		22.6 mmol/L				22.0-30.0	
CALCIO		8.99 mg/dL				8.40-10.20	
FOSFORO		3.02 mg/dL				2.50-4.50	
MAGNESIO	HI	2.33 mg/dL				1.60-2.30	
BILIRRUBINA TOTAL		0.68 mg/dL				0.20-1.30	
BILI INDIRETA		0.30 mg/dL				0.00-1.10	
BILI CONJUGADA		0.00 mg/dL				0.00-0.30	
BILI DIRETA	HI	0.38 mg/dL				0.00-0.30	
FOSFATASE ALCALINA		69 U/L				38-126	
AST - TGO		47 U/L				15-59	
ALT - TGP		49 U/L				13-72	
ALBUMINA	LO	3.04 g/dL				3.50-5.00	
PCR		>9.00 mg/dL				0.00-1.00	
CREATINO QUINASE	HI	489 U/L				30-170	

FIM DO RELATÓRIO

IMPRIMA DATA/HORA: 1/8/2018 22:59:04

Sódio 136.0 mEq/l  
Potássio 4.6 mEq/l  
Cloratos 102.0 mEq/l  
R. Alcalina — mg  
Cálcio — mg%  
Fósforo — mg%

*Dr. Humberto J. Agripino Costa*  
BIOMÉDICO  
CRM 2-512

Item.

## LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 6  
 ID DOENTE: 1642322  
 Nome: DAMARYS LIMA DA

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

Tubo: 6 2018/08/02 07:47:29  
 Data Nasc.:  
 ID Analisador: XT-4000i-1

## HEMOGRAMA

WBC	6.39	[10 <sup>3</sup> /uL]	
RBC	3.02	[10 <sup>6</sup> /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 <sup>3</sup> /uL]	
RDW-SD	43.8	[fL]	
RDW-CV	13.4	[%]	
MPV	11.0	[fL]	
NEUT	4.86	[10 <sup>3</sup> /uL]	76.0 + [%]
LYMPH	0.98	[10 <sup>3</sup> /uL]	15.3 - [%]
MONO	0.54	[10 <sup>3</sup> /uL]	8.5 [%]
EO	0.00	[10 <sup>3</sup> /uL]	0.0 [%]
BASO	0.01	[10 <sup>3</sup> /uL]	0.2 [%]
IG	0.03	[10 <sup>3</sup> /uL]	0.5 [%]

## DIFERENCIAL MANUAL

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

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

GRAN TOXICAS.....

WBC Mensagem IP

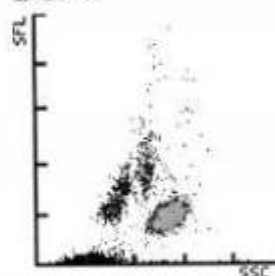
## SERIE VERMELHA

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

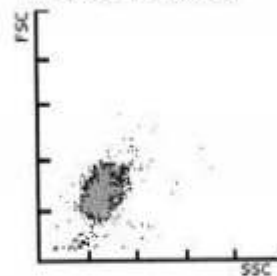
OBSERVACOES:

RBC/RET Mensagem IP  
 Anemia

## DIFF



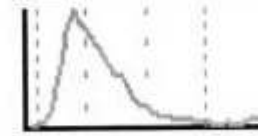
## WBC/BASO



## RBC



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

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

PLT Mensagem IP

*Handwritten signature*





FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1642322  
Nome: DAMAYZ LUCA DA PAIXÃO  
Foi atendido às 20:40 hs. do dia 29.07.18

Diagnóstico Provável: 1) Insuficiência cardíaca congestiva

2) Contusão temporal hemisférica

3) Contusão aguda segundo o dorso

4) Ruptura de fratura L4/L5

5) Infecção respiratória

Tratamento Realizado: 1) Internamento em UTI, antibiótico

2) Exatidão com fezes

3) Exatidão com fezes

4) Exatidão com fezes

Observação: Paciente internado na UTI

sem o plano geral de cuidados.

Cópia de: Sem

Dr. Elito Gomes  
Cardiologia / Ecocardiografia  
CRM 14493

Medico - CRM Nº 06/08/2018

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Contratação do do Estado de Pernambuco.

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA- VITROS 5.1/FS  
SEPAC

DOENTE: DAMARYS LIMA DA  
PAIXAO  
ID: 1642333  
ENDEREÇO: UTI L 8

MÉDICO:

ID:  
ENDEREÇO:

COMENTÁRIOS:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 8

COLHIDA EM: 3/8/2018 07:21:20

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 3/8/2018 07:15:18

HEMÓLISE (H): 18

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H	I	T	INTERVALO REFERENCIAL
GLICOSE	HI 102.5 mg/dL				70.0-99.0
UREA	22.32 mg/dL (A)				15.00-43.00
CREATININA	LO 0.29 mg/dL				0.52-1.25
RESERVA ALCALINA	26.8 mmol/L				22.0-30.0

IMPRIMA DATA/HORA: 3/8/2018 07:21:20

FIM DO RELATÓRIO

Sódio 139 mEq/l  
Potássio 3.5 mEq/l  
Cloro 105 mEq/l  
pH 7.35  
CO<sub>2</sub> 28 mmHg  
PO<sub>2</sub> 88 mmHg

Mônica Ferreira  
CRBM-PE 600

Nome: **DAMARYS LIMA DA PAIXAO SIC**  
Idade: **23** Sexo: **F**  
Médico: **MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR**  
Procedência: **SUS - AMBULATORIO**

Pedido: **475162**  
Data do Pedido: **30/07/2018 15:59:00**  
Data do Laudo: **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 várias 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

Amostra No.: 18  
 ID DOENTE: 1642322  
 Nome: DAMARYS LIMA DA

Rack: 2  
 Serviço: UTI AD 1  
 PAIXAO L-08

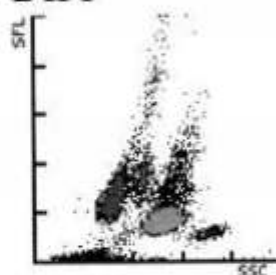
Tubo: 8  
 2018/08/06 08:02:05  
 Data Nasc.:  
 Sexo:  
 ID Analisador: XT-4000i-1

## HEMOGRAMA

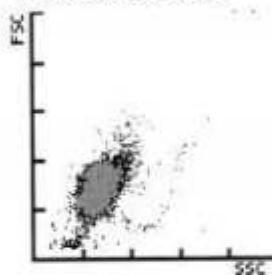
WBC 15.52 + [10<sup>3</sup>/uL]  
 RBC 3.62 [10<sup>6</sup>/uL]  
 HGB 11.4 [g/dL]  
 HCT 34.1 [%]  
 MCV 94.2 [fL]  
 MCH 31.5 [pg]  
 MCHC 33.4 [g/dL]  
 PLT 376 [10<sup>3</sup>/uL]  
 RDW-SD 42.6 [fL]  
 RDW-CV 13.0 [%]  
 MPV 10.1 [fL]  
 NEUT 10.19 \* [10<sup>3</sup>/uL]  
 LYMPH 3.41 \* [10<sup>3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

65.6 \* [%]  
 22.0 \* [%]  
 8.5 \* [%]  
 3.1 \* [%]  
 0.8 [%]

## DIFF



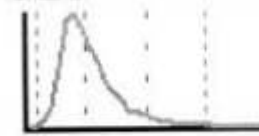
## WBC/BASO



## RBC



## PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

IG 1.12 [10<sup>3</sup>/uL]

7.2 [%]

WBC-BF [10<sup>3</sup>/uL]  
 RBC-BF [10<sup>6</sup>/uL]  
 MN [10<sup>3</sup>/uL]  
 PMN [10<sup>3</sup>/uL]  
 TC-BF# [10<sup>3</sup>/uL]

[%]  
 [%]

## DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO... %  
 SEGMENT... 63 %  
 EOSIN... 02 %  
 LINF... 29 %  
 LINF ATIP... %  
 MONO... 11 %  
 BASO... %

## SERIE VERMELHA

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

OBSERVACOES: leucócitos conservados

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

GRAN TOXICAS...

WBC Mensagem IP

Monocitose  
 Presença IG leucocitose

Blastos?

Neutrófilos Banda?

RBC/RET Mensagem IP

PLT Mensagem IP

Isabelle Farias  
 Técnica  
 CRBM 08269

# Relatório Resultados Amostra

08/06/2018 09:41:54

Serial Number	15071996
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

  
André de Amorim Cavalcari  
Farmácia  
CRF 1554  
Mat. 245202-2



Nome.....: DAMARYS LIMA

REGISTRO.....: 129316

Procedência.: OUTROS

Leito.....: SRPA L16

Impresso.: 30/07/2018 GORETTE

criasoft

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

Prontuário.: 1004767

Horário de cadastro : 16:09

Horário de impressão : 16:10

Exames solicitados: BHCG,

**BHCG - QUALITATIVO**

Data da Coleta: 30/07/2018

**Resultado**

RESULTADO.....: NEGATIVO

METODO: IMUNOCROMATOGRAFIA

LOTE: 3050274-L





HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA- VITROS 5.1/FS

SEPAC

DOENTE: DAMARYS LIMA PAIXAO

MÉDICO:

ID: 1642322

ID:

ENDEREÇO: SR/16

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

COMENTÁRIOS:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 187

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

COLHIDA EM: 31/7/2018 15:05:52

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 31/7/2018 14:56:26

HEMÓLISE (H): 30

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO		RESULTADO	H I T	INTERVALO REFERENCIAL
UREA	LO	13.03 mg/dL(A)		15.00-43.00
CREATININA	LO	0.37 mg/dL		0.52-1.25
RESERVA ALCALINA		26.8 mmol/L		22.0-30.0
BILIRRUBINA TOTAL		0.47 mg/dL		0.20-1.30
BILI INDIRETA		0.21 mg/dL		0.00-1.10
BILI CONJUGADA		0.00 mg/dL		0.00-0.30
BILI DIRETA		0.26 mg/dL		0.00-0.30
GGT		14 U/L		12-73
AST - TGO		42 U/L		15-59
ALT - TGP		40 U/L		13-72
PCR		>9.00 mg/dL		0.00-1.00

FIM DO RELATÓRIO

IMPRIMA DATA/HORA: 31/7/2018 15:05:51

Sódio 136  
 Potássio 4.5  
 Cloro 104  
 R. A. 1  
 Lactato  
 Bili. tot.

Leucos

Item:

LABORATORIO DO HOSPITAL DA RESTAURACAO---SEPAC

Amostra No.: 195  
 ID DOENTE: 1642322  
 Nome: DAMARYS LIMA DA

Rack: 3  
 Serviço: SR  
 PAIXAO L16

Tubo: 7 2018/07/31 15:11:33  
 Data Nasc.:  
 ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

WBC	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

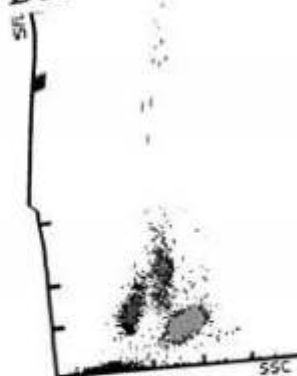
NORMOCITICA.....  
 NORMOCROMICA.....  
 MICROCITOS.....  
 MACROCITOS.....  
 ANISOCITOSE.....  
 ERITROBLASTO.....

## OBSERVACOES:

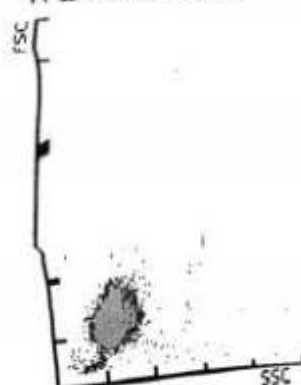
RBC/RET Mensagem IP  
 Anemia

PLT Mensagem IP

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



## LIQUIDOS BIOLOGICOS

WBC-BF  
 RBC-BF  
 MN  
 PMN  
 TC-BF#

[ $10^{-3}/uL$ ]  
 [ $10^{-6}/uL$ ]  
 [ $10^{-3}/uL$ ]  
 [ $10^{-3}/uL$ ]  
 [ $10^{-3}/uL$ ]

[%]  
 [%]

Dr. Lúcia Monteiro  
 Hematologista Clínica  
 CRP-PC - 0051

Serial Number  
SEPAC  
Instrument Model  
HOSPITAL DA RESTAURACAO

15071996  
  
ACL TOP 300 CTS

ID amostra:  
Tipo amostra

1642322-195  
Paciente

Primeiro nome  
Apelido

DAMARYS LIMA  
SR

ID Rack:  
ID Posição

58  
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



60524



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: 31/7/18 N° do Registro: 1642322 Localização: SRPA. 16  
Nome do Paciente: Damarys Lema da Paixão

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO QUALITATIVA DO  $\beta$ -hCG

Amostra: soro ou urina - Nome do produto: BIOEASY (lote: HCG1070050-D) -Método: imunocromatografia

INTERPRETAÇÃO DO TESTE: NEGATIVO OU POSITIVO

RESULTADO: Negativo

  
\_\_\_\_\_  
Analista

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA- VITROS 5.1/FS  
SEPAC

DOENTE: DAMARYS LIMA  
DA PAIXAO  
ID: 1642322  
ENDEREÇO: UTI

MÉDICO:  
ID:  
ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 8

COLHIDA EM: 6/8/2018 09:17:39

COMENTÁRIOS:

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 6/8/2018 09:08:24

HEMÓLISE (H): 67

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

ENSAIO	RESULTADO	H	I	T	INTERVALO REFERENCIAL
GLICOSE	93.8 mg/dL				70.0-99.0
UREA	26.27 mg/dL (A)	H			15.00-43.00
CREATININA	0.49 mg/dL				0.52-1.25
RESERVA ALCALINA	27.1 mmol/L				22.0-30.0
CALCIO	9.77 mg/dL				8.40-10.20
MAGNESIO	S/ RESULT.	H			1.60-2.30
BILIRRUBINA TOTAL	0.78 mg/dL				0.20-1.30
BILI INDIRETA	0.29 mg/dL				0.00-1.10
BILI CONJUGADA	0.00 mg/dL				0.00-0.30
BILI DIRETA	0.48 mg/dL				0.00-0.30
AST - TGO	42 U/L	H			15-59
ALT - TGP	32 U/L	H			13-72
ALBUMINA	3.52 g/dL				3.50-5.00
PCR	4.01 mg/dL				0.00-1.00
CREATINO QUINASE	202 U/L				30-170

FIM DO RELATÓRIO

IMPRIMA DATA/HORA: 6/8/2018 09:17:39

Sódio 138.0 mg/dL  
Potássio 4.9 mg/dL  
Cloro 99.0 mg/dL  
R. Alcal. /  
Cálcio /  
Fósforo / mg/dL

Fernando A. A. Silva  
Farmacêutico  
CRP 02017

HOSPITAL DA RESTAURACAO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
BIOQUIMICA- VITROS 5.1/FS  
SEPAC

DOENTE: DAMARYS LIMA  
DA PAIXAO  
ID: 1642322  
ENDEREÇO: UTI

MÉDICO:  
ID:  
ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

QUARTO:

ID DA AMOSTRA: 8

COLHIDA EM: 6/8/2018 10:16:34

COMENTÁRIOS:

PRIORIDADE: \*\*ROTINA\*\*

FLUIDO: Soro

DATA/HORA INÍCIO TESTE: 6/8/2018 10:10:51

HEMÓLISE (H): 64

ICTERUS (I): <2

TURBIDEZ (T): <20

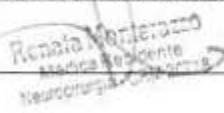
ENSAIO	RESULTADO	H I T	INTERVALO REFERENCIAL
MAGNESIO	2.19 mg/dL	H	1.60-2.30

FIM DO RELATÓRIO

IMPRIMA DATA/HORA: 6/8/2018 10:16:34

Dr. Fernando A. R. Souza  
6/8/2018



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Nome Completo : _____ CRM : _____ UF : _____ Nº : _____ End. : _____ Cidade : _____ UF : _____ Telefone : _____	
1ª VIA FARMÁCIA	2ª VIA PACIENTE	Paciente : <i>Danoreys Almeida dos Santos</i> Endereço : _____ Prescrição : <i>Amoxicilina 500mg - 600p</i> DATA : _____ / _____ / _____ ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO 	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		Nome : _____ Ident. : _____ Org. Emissor : _____ End. : _____ Cidade : _____ UF : _____ Telefone : _____	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR		ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA : _____ / _____ / _____	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-9

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



POLEGAR DIREITO



*Damarys Lima da Paixão*

CARTERA DE IDENTIDADE

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 L.A01 F.249 CART. PINA, RECIFE-PE 18.10.1994 >>

CPF 113.187.394-70

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI 6.766 DE 29/06/63

1518333532809113908:8328567 F-83 20.762 - 4631

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

18 OUT 2018

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

# 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.

**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
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# 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](http://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