

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ALBERTINO SEBASTIÃO DA SILVA A JUNIOR

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF
8799359 SDS PE

CPF 706.138.534-07 **DATA NASCIMENTO** 03/07/1995

PLACAO
ALBERTINO SEBASTIÃO
DA S ALVES
MARINA DOS SANTOS
ALVES

PERMISSÃO **ACQ** **CAT. HAB**
AB

Nº REGISTRO 05325944820 **VALIDADE** 09/07/2019 **PROROGAÇÃO** 18/03/2015

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE **DATA EMISSÃO** 15/04/2016

ASSINATURA DO EMISSOR 50019180475
PE072432055

DETRAN - PE (PEANAMBUCO)

VALOR EM TOBO
O TITULAR NACIONAL
1222155029

PROIBIDO PLASTIFICAR
1222155029

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
12/04/19



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 ALAIDE JOANA DA CONCEICAO CPF: 742.041.064-04		DATA DE VENCIMENTO 14/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/01/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/01/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 045392670	CONTA CONTRATO 000640693029 Nº DO CLIENTE 2000456135 Nº DA INSTALAÇÃO 0003438491
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA LAZARO DAVID MONTEIRO 114 SAO CRISTOVAO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 55194-200 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO 809B.B00B.F400.3D1A.1495.D2B7.8899.73B3		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	51,00	0,71578022	36,70
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,98
Multa por atraso-NF 041638433 - 10/12/18			0,95
Juros por atraso-NF 041638433 - 10/12/18			0,94
Atualização IGPM-NF 041638433 - 10/12/18			0,03
TOTAL DA FATURA			38,70

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
36,70	25,00	9,17	36,70	0,45	0,16	36,70	2,08

Tabelas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	5,52156000		
		JAN 18	51
		FEV 18	64
		MAR 18	58
		ABR 18	55
		MAY 18	52
		JUN 18	55
		JUL 18	48
		AUG 18	53
		SET 18	56
		OCT 18	54
		NOV 18	49
		DEZ 18	51
		JAN 19	48

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Gerção de Energia	11,90 32,42
Transmissão	1,75 4,50
Distribuição (Celpe)	8,04 22,46
Encargos Setoriais	2,12 5,73
Tributos	10,09 27,49
Perdas de Energia	2,59 7,06
TOTAL	36,70 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
F39517	CAT	10/12/2018	1.972,00	07/01/2019	2.023,00	28	1,00000	0,00	51,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/02/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO	0,00	5,19	10,38	20,77
FIC-No.de vezes sem Energia	CAPIBARIBE	0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,94	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 14,04					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! pagafacil: r sco paulo crz alta / randerson servicos: rua francisco antonio aragão n 84 são cristovãoLista completa em www.celpe.com.br." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. 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 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table>	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA										

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 000640693029	MÊS/ANO 01/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 14/01/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS - 10/03/2020 13:57:35
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031013573497900000058030958>
 Número do documento: 20031013573497900000058030958

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALBERTINO SEBASTIÃO DA SILVA A. JÚNIOR
RG nº 8.489.389, data de expedição 08/06/09, Órgão SBS/PE
CPF nº 406.138.534-07, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovar 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 LAZARO DAVID MONTEIRO</u>
Número	<u>114</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>
Cidade	<u>SANTA CRUZ DO MARABALHE</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55194-200</u>
Telefone de Contato	<u>(01) 99895 5388 / 984887131</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 24 Abril 2018

Assinatura do Declarante: Albertino Sebastião da Silva A. Júnior



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ALBERTINO SEBASTIÃO DASILVA ALVES JUNIOR

brasileiro (a), estado civil solteiro, profissão costureiro,

RG nº 8.759.389, CPF/MF nº 706.138.534-02,

residente e domiciliado (a) na Rua Lázaro David Monteiro

nº 114, bairro São Onofre, Cidade Santo Cruz do Capibaribe,

Estado Pernambuco, CEP 55194-200.

OUTORGADO: PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrita na OAB/PE nº 50.813, com endereço profissional na Rua Carneiro Vilela, nº 250, 1º Andar, Sala 102, Afritos, Recife/PE, CEP nº 52050-405, E-mail: pereirasantospedro@hotmail.com, os quais indicam para os fins do art. 105, § 2º do NCPC/2015.

PODERES: O(a) **OUTORGANTE** nomeia e constitui a **OUTORGADA** sua bastante procuradora, a quem confere poderes, nos termos da cláusula "ad judicium et extra", para o foro em geral, com poderes especiais, para firmar acordos e assinar documentos afeitos a ações judiciais que venham a impetrar na defesa do(a) **OUTORGANTE**, em qualquer instância ou Tribunal, transigir, transacionar e desistir de direitos ou das mesmas ações, **pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (nos termos do art. 105 do NCPC/2015)**, podendo ainda, substabelecer os poderes ora recebidos em todo ou em parte, além de atuarem na esfera administrativa, junto a Órgãos Públicos federais, estaduais, municipais, autarquias, fundações e institutos em geral, podendo fazer declarações, juntar e retirar qualquer documento, pleitear direitos e contestar e/ou impugnar deveres e/ou obrigações que sejam ou tenham sido imputados ao(a) **OUTORGANTE**.

Recife, de 28 de dezembro de 2019.

Albertino Sebastião da Silva Alves Junior
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO

Eu, ALBERTINO SEBASTIÃO DA SILVA ALVES JUNIOR
portador (a) do RG nº 8.789.389, CPF/MF 706.138.539-02,

declaro com fundamento no artigo 5º, LXXIV da Constituição Federal de 1988
c/c Lei Federal nº 1.060/50, e para fins de prova junto ao Poder Judiciário, que
não possuo condições financeiras para custear a defesa dos meus direitos, sem
prejuízo do sustento próprio e da minha família, declaração esta que faço sob as
penas da Lei e sob a minha responsabilidade.

_____, de _____ de _____ de _____.

Albertino Sebastião da Silva Alves Junior
DECLARANTE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0218005605**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/12/2018** às **16:46**

Complementa o BO Número: **18E0218000831**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **26/11/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CORTES, 1, ENGENHO COCHO** - Bairro: **CENTRO** -
CORTES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR

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

ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARISA DOS SANTOS ALVES** Data de Nascimento: **3/7/1995** Naturalidade: **CORTES / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 114, RUA LAZARO DAVID MONTEIRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (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): **ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEN7630** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **374065012** Chassi: **9C2KD0550CR507506**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
15/04/19

28/12/2018 09:17



A VITIMA RELATA QUE ESTAVA TRÁFEGANDO PROXIMO AO ENGENHO COCHO COM A PISTA MOLHADA E SEM ACOSTAMENTO, AI NA CURVA NÃO SINALIZADA O MESMO INFORMA QUE "SOBROU" VINDO A CAIR, BASTANTE MACHUCADO. O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMUR DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO APRESENTADA A ESTA DELEGACIA DE POLICIA E LEVADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES E LOGO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS EM RECIFE. DIANTE DISSO VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR O BOLETIM DE Ocorrência PARA AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

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

ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EULINALDO BEZERRA DE LIMA** - Matrícula: **319785-9**



KOTE SEGURO
Erica Araujo
15/04/19

28/12/2018 09:17

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

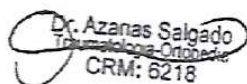
ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 15 dias.

CID: M860

Recife, 17/05/2018

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218


Dr. Azarias Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **ALBERTINO SEBASTIAO DASILVA ALVES JUNIOR**
Nº Registro: 548810 Nº Protuário: 1115253 Sexo: Masculino Idade: 22 ano (s)
Data: 13/12/2017 / 15:51 Convênio: RETAGUARDA GETULIO
Intervalo:

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 13/12/2017-15:51

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE PLANALTO TIBIAL + LESÃO LIGAMENTAR
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO:
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA - ARTICULAR DO JOELHO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
OSTEOTOMIA
CIRURGIÃO: DR. JOAO PAULO LAFAYETTE
ANESTESISTA: dr BRENO
ANESTISIA: RAQUI

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1 DDH + ISQUEMIA E GARROTE + ASSEPSIA E ANTI SSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
2. INCISÃO LATERAL PROXIMAL DISSECÇÃO POR PLANOS, LEVANTADO FRAGMENTO COM DEPRESSÃO
- PASSAGEM DE PLACA EM L E REDUÇÃO EM ESCOPIA E COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS + DEPRESSÃO
- EXTENSA PLATO COM ELEVÇÃO DO FRAGMENTO
- 3 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR LATERAL SOB A PLACA
4. 5. LAVAGEM EXAUSTIVA E SUTURA POR PLANOS E FOI COLOCADO DRENO A VÁCUO E CURATIVO
6. BOA PERFUSÃO DISTAL + PULSOS PRESENTES.

Dr. JOAO PAULO LINS DE ALBUQUERQUE L. ARAUJO
CRM: 17461

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: JOAO PAULO LINS DE ALBUQUERQUE L. ARAUJO. CRM: 17461. Data e Hora: 13/12/2017 15:52:26.

João Paulo Lins de Albuquerque
Traumatologista - Ortopedista
CRM: 17461





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR**
Nº Registro: 548810 Nº Protuário: 1115253 Sexo: Masculino Idade: 22 ano (s)
Data: 14/12/2017 / 08:43 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 06/12/2017 10:46 Data da alta: 14/12/2017 16:47
Intervalo: 8

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura de Platô Tibial Direito CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Trat. Cir. de Fratura de Platô Tibial Direito +
Reconstrução Ligamentar + Osteotomia CÓDIGO: 0408050551 /
0408050152 / 0408060190

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	: Dr. João Paulo	17461
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	: Dr. Breno Fonseca	13034
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico há 11 dias, resultando em Fratura de Platô Tibial Direito. Evoluindo com dor, edema local e incapacidade funcional.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 19/12/2017 09:23:23.





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **ALBERTINO SEBASTIÃO DA SILVA ALVES JUNIOR**, prontuário nº **111.5253**, admitido neste hospital em 06/12/2017 com diagnóstico de Fratura de Platô Tibial Direito, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 14/12/2017.

Recife, 18 de Janeiro de 2018.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Cabugá 1563 Santo Amaro - Recife - PE
040-000 | CNPJ(MF) 10.869.782/0001-04

Tel/Fax: 81.3412.3800
www.santacasarecife.org.br
diretoria@cantacasarecife.org.br

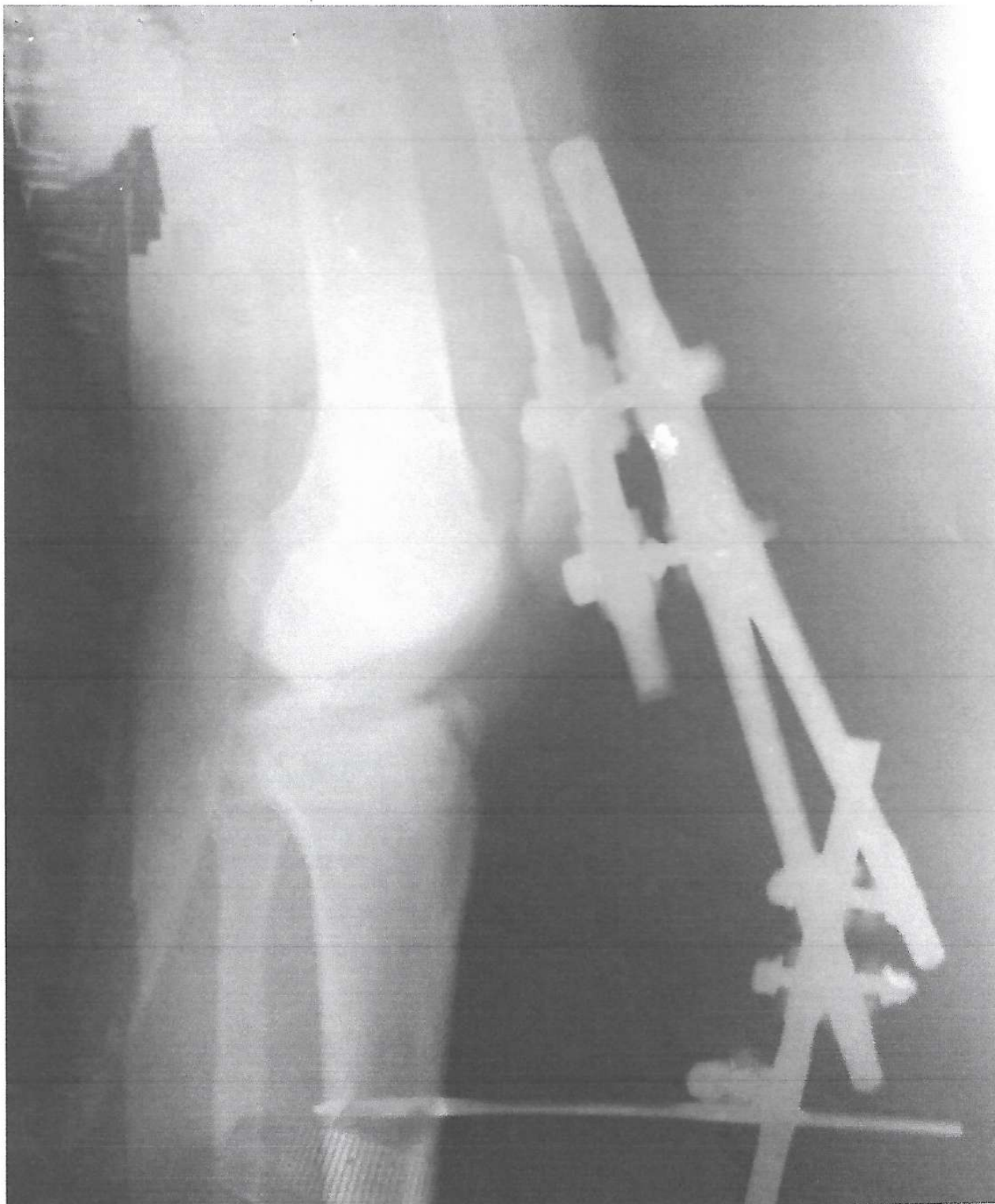


MEDCLIN Centro Médico Especializado
Alberino Sebastião Da Silva Alves Junior
7/2/2018

37.1596
12.18

Arora E.Ind







SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

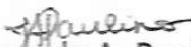


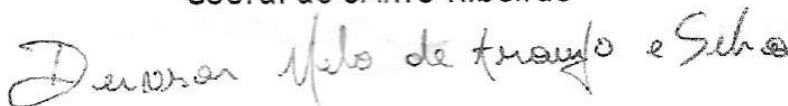
SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaramos que, o Sr. **Albertino Sebastião da Silva Alves Júnior**, vítima de acidente de moto, foi atendido por esta Unidade de Saúde, no dia **25/11/2017**, às 2h40min, no Engenho Côcho, localizado no município de Cortês-PE. O referido paciente recebeu os primeiros socorros, sendo encaminhado ao Hospital Regional de Palmares e logo após ao Hospital Getúlio Vargas.

Ribeirão, 15 de fevereiro de 2018.


Juliana de A. Paulino
Coord. do SAMU Ribeirão







KATTARINE DIAS

11 de novembro de 2018.

RECIBO

R\$ 5.400,00

Declaro para os devidos fins, que recebi da Sr. **ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA**, portador do **CPF: 706.138.534-07** a quantia de **R\$ 5.400,00 (Cinco mil e quatrocentos reais)**, referente aos serviços descritos abaixo:

Procedimentos	Quant. sessões	Valor Unitário
Fisioterapia a domicilio - Recuperação funcional	60	R\$ 90,00
TOTAL		R\$ 5.400,00

No qual dou plena e geral quitação!


Dra. Kattarine Dias
Fisioterapeuta
CREFITO 223951-F
KATTARINE DIAS
CREFITO 223951-F

Imbiribeira – Recife – PE Fone: (81) 99768-1692



SANIA CASA
INSTITUTO DE REABILITAÇÃO

Fone: PABX 3012-3800 | Email: sta-casa@saniacasaarecife.org.br
Site: www.saniacasaarecife.org.br

PRESCRIÇÃO FISIOTERAPIA

NOME: ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR
DATA: 01/03/2018

Prescrevo:

Fisioterapia: __20__ sessões.

CID:

Obs:

Ricardo Lyra de Oliveira
Ortopedista
CRM: 15105

Dr. RICARDO LYRA DE OLIVEIRA
CRM: 15105



Santa Casa de Recife

Solicitação de Exames

Paciente:	ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR	Reg.: 548810	Pront.: 1115253
CID:		OS:	
Data/Hora:	01/03/2018 15:14		

Exames Solicitados:

- 1) RX JOELHO/ROT-AP/LAT DIREITO

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: RICARDO LYRA DE OLIVEIRA. Data e Hora: 01/03/2018 15:14:24.

Dr. RICARDO LYRA DE OLIVEIRA
CRM: 15105





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES
FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Alberino Sebastião da Silva Almeida Sexo: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade: 22a ano(s) CID
 País ou Responsáveis: _____
 Endereço: _____
 Cidade: Catê Tel.: _____ Hora do Atendimento: 06:00 H.

DESTINO DO PACIENTE: HGV - Otorrinolaringologista + Cirurgião SENHA: 5306718

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE:
Trazido pelo SATM vindo a consulta de Otorrinolaringologia
Do ouvido direito

EXAME FÍSICO:
Exame importante + difunde-se ouvido direito
Pulsos TP, Pedalares + Simétricos
Bom reflexo dental; Exame da pele normal

DROGAS ADMINISTRADAS:
Transol 100mg
SF 12
Tob. Caspado
⇒ Após os exames no plantão

EXAMES COMPLEMENTARES:
RX

HD: Frotina - ouvido direito

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
Paciente admitido em consulta de Otorrinolaringologia;
Exame físico normal, sem alterações auditivas; apresenta
dores de ouvido no ouvido direito + leve ruído após
uma noite dormindo
Exames
Realizados

DATA: 26/11/17
 Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Engenho Quilombo dos Palmares, BR 101 - Km 185 - Palmares - PE
 CEP:55540-000 / Fone: (81) 3661-8430



Pernambuco

HRP

100

Data do Atendimento:

26/11/2017

Hora: 05:08:00

No. Atendimento:

673768

Prioridade: AMARELO - URGENCIA

Urgência / Emergência
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO:

221155

Colaborador: FERNANDOLNF

CNS: 706307744315376

Nome:

ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR

Sexo: Masculino

Data de Nascimento:

03/07/1995

Idade: 22 Anos, 4 Meses e 23 Dias

País ou responsáveis:

MARISA DOS SANTOS ALVES

Endereço:

RUA BARTO BARRETO, 420 - CENTRO - 55525000

Cidade:

CORTES

Tel:

81 983107752

Hora do Atendimento: 05:30 Hs

Queixa Principal:

Traga do pub SAMU no protocolo
Nº Pub é comiss, emite e anexa
ADFI comiss Alu. indol
Do - Infundido em gesso Dinto com lru

Exame Físico:

A: Geral via aerea esta perva?

SIM ☒ NÃO ☐

O paciente fala? SIM ☒ NÃO ☐

Temperatura:

36,0

B: Respiratório:

Respir

C: Circulatório:

Pulsos chios

Edema no paciente gesso D

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas:

Isoconicas

Anisoconicas

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Glasgow: Abertura Ocular

15

Score:

Hora:

Score:

Hora:

Score:

Hora:

E: Abdomen:

Abdo, indol, Pulsu entul

Diagnóstico Inicial:

CD - RX

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

SFQSV, 1000ml cu
Rduo color

Tratamento / Procedimentos:

RX - Fratura - Luxação joelho D

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM MID

Pulse - Cas D sem Alu. g

Alergia:

Observação:

TRAZIDO PELO SAMU

PA 140X90

Evolução de Enfermagem

CD - Tdo Casp. dolo

Transf. 100mg > e l
SF 200ml

Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada

Transferência para outra unidade () Óbito () Outro

Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado

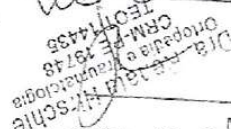
Transferido no ambulatório

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

per HGV

Médico - Carimbo e Assinatura

5306718





**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192



DECLARAÇÃO

Declaramos que, ALBERTINO SEBASTIÃO DA SILVA ALVES JUNIOR, 22 anos, foi atendido por esta Unidade de Suporte Básico – SAMU 192, às 02h40min, no dia 26/11/2017, na PE – 085, próximo ao município de Cortês, vítima de acidente de moto. O referido usuário foi encaminhado ao Hospital Regional de Palmares, e transferido ao Hospital Getúlio Vargas, em Recife/PE.

Ribeirão, 01 de outubro de 2018.


Juliana de Albuquerque Paulino
Coord. do SAMU 192
Ribeirão - PE

KOTE SEGUP
Erica A.
22/10/19

Scanned by CamScanner





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR**
Nº Registro: 548810 Nº Protuário: 1115253 Sexo: Masculino Idade: 22 ano (s)
Data: 14/12/2017 / 08:43 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 06/12/2017 10:46 Data da alta: 14/12/2017 16:47
Intervalo: 8

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de Platô Tibial Direito CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 19/12/2017 09:23:23.





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

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190278491

Vítima: ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR

Data do Acidente: 26/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000004758**

Conta: **000002760-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

