



Número: **0082947-16.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO CARLOS BATISTA ALVES (AUTOR)		AYANNE FREITAS DE PAIVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69051756	05/10/2020 15:31	ANEXO 1	Outros (Documento)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredotalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento: para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h

Capital e regiões metropolitanas: 4010-1550 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 00 | Central Ouvidoria: 0800 021 81 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desta Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistros, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/REBUIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=3&CODIGO=39636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoais, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT contido, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGUROS, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FUNÇÃO: DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.307/96.

Pelo exposto, eu, Lucas Vinicius Maia Sepulveda
Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 046.411.374-80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário
João Carlos Batista Alves inscrito (a) no CPF sob o nº 046.751.504-06
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Carlos Batista Alves
inscrito (a) no CPF sob o nº 046.751.504-06, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, reside no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na aplicação penal prevista no art. 290 do Código Penal.

Endereço: <u>PE, Ferramentas, Arma</u>	Número: <u>21</u>	Complemento: <u>B</u>
Bairro: <u>Atlântico</u>	Cidade: <u>Ubiratuba</u>	Estado: <u>PE</u>
CEP: <u>53140-300</u>		Tel. (DDD): <u>81</u> <u>3011-3224</u>

Local e Data: Ubiratuba, 21.08.2019

Assinatura do Declarante

DLDR 003 V001/2017

05.802.494/0001-42
FRAÇÃO ESPANHOLA
DE SEGUROS S/A

23/08/2019

Rua da Aurora, 1075, 51.901-91, L
Bom Vista - CEP: 50.050-000
81.401-00



HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO PERNAMBUCO HSE
CONSELHEIRO ROSA E SILVA, ALCANTARA, Recife - PE
CEP: 52025-220, Fone: (81) 3183-4500 / (81) 3183-4884

FICHA DE ATENDIMENTO

Transfusão
p/ D. Silva
29/03/19

* do atendimento 473818 Data e Hora do Atendimento 24/03/2019 11:51 Prontuário LAVITE 000118322 - 315759-8 Local de Entrada SPA

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: JOAO CARLOS BATISTA ALVES

CNS: Nascimento: 24/06/1949 Idade: 69 Sexo: Masculino Cor: Branca

Estado Civil: Casado(a) Profissão: MUSICO Naturalidade: Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Filiação: LUZIA RODRIGUES ALVES ARLINDO ALVES Documento do Titular: 32557302448

Endereço (Av., Rua, etc): RUA 41 Complemento:

Bairro: Cidade: ALTA FLORESTA D'OESTE UF: RO Telefone:

Acompanhante: ELIANE DA SILVA ALVES- ESPOSA/984041678

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: Meio de Transporte: Data 25/3/19

Dados da triagem

CLÍNICA MÉDICA:

PACIENTE SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DOR NO TÓRAX, FRATURA NO MID

ALERGIAS: NEGA

HAS: +

DM: NEGA

PA: 108 X 83 MMHG

HGT: 118

SPO2: 90

FC: 88

HORARIO: 11:56

paciente sofreu acidente automobilístico, dor no tórax, fratura no mid
refere dor em tórax, braço e mão e pie

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico: CRM: 1

Queixa Principal:

HDA: Paciente com dor no tórax e dor no braço e mão
refere dor em tórax, braço e mão e pie

Exame físico:

A: Geral Vias aéreas está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: *

AR, W.C, M.C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Escala: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escala: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escala: Hora:

Glasgow 13

Pupilas 1/1/2

05.802.494/0001-41
TRACÃO COARCTORA

Av. da Aurora, Nº 125, 5º Andar
Boa Vista - CEP: 51030-010
(81) 3183-4111



E. Abdômen <i>Abdomen, insensível</i> <i>Flacidez em flange E</i>		
Diagnóstico Inicial:		
Exames Solicitados: <i>① MZ - L TOMA PA + MZ</i>		
Resultado dos Exames:		Cód. Procedimento
Tratamento/Procedimento: <i>- 2x na Wunda Lateral</i> <i>CONTINUA ① UNIFORM com GF 0,3, (2 e)</i> <i>② Ceftriaxona 2 g</i>		
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:		<i>Francisco D. Bortolero</i> Ass. Médico + Carimbo
<i>③ Fluorocorticoide corticosteróide</i> <i>④ Neutro transfundido hospitalar</i>		Ass. Enfermeira + Carimbo
Diagnóstico Definitivo: <i>(Unidades - Furunculose exposta PC ⑤)</i>		
Diagnóstico do Caso:		Condição de Alta:
Internamento ☐ Cirurgia ☒ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐		☐ Curado ☒ Melhorado
Transferido para:		☐ Inalterado ☐ Piorado
Internado na Clínica:		☐ Óbito
Autorização para Alta / Internamento / Transferência:		
Médico:	CRM:	Data: / / Hora:
Termo de Responsabilidade para Internamento		
Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.		
Data: <i>24/03/2019</i>	Nome Completo Legível: <i>Francisco da Silva Alencar</i>	
Nº de Identidade:	Assinatura: <i>Francisco da Silva Alencar</i>	
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sob todas as consequências que deste ato possam advir.		
Data: / /	Nome Completo Legível:	
Nº de Identidade:	Assinatura:	
Grado por Maria Rosimar Pereira da Silva em 24/03/2019 11:52		



RELATORIO DE CIRURGIA

NOME	JOÃO CARLOS BATISTA ALVES	REGISTRO	849920
------	---------------------------	----------	--------

PLANO: SASSEPE

DATA DA CIRURGIA	25/03/2019	INICIO	TERMINO
CIRURGIAO	ORLANDO FRADE	1 AUXILIAR	THIAGO LIMA
ANESTESISTA	JULIANA	INSTRUMENTADOR	CARLOS

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA + FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA + FIXAÇÃO EXTERNA DA TÍBIA + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO + RADIOSCOPIA
EXAME RADIOLOGICO NO ATO	SIM
MATERIAL ESPECIAL	01 FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO + 01 FIO DE KIRSCHNER
MATERIAL DE SALA	ATADURAS DE CREPE DE 15CM + GAZES + COMPRESSAS + NYLON

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA TIPO RAQUEANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE
- 3- VISUALIZAÇÃO DE FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA COM AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- 4- MONTAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM TORNOZELO ESQUERDO
- 5- APOSIÇÃO DE FIO DE KIRSCHNER EM FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO
- 6- LIMPEZA COM SFO,5%
- 7- CURATIVO
- 8- À SR

09/04/19

Jackelly Carneiro
Salvador, 04 de Abril de 2019
CRM: 1000000000

Orlando Frade Jr.
CRM: 1000000000

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 100 7118

Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BLC
Bom Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



RELATORIO DE CIRURGIA

NOME	JOÃO CARLOS BATISTA ALVES	REGISTRO	949920
------	---------------------------	----------	--------

PLANO: SASSEPE

DATA DA CIRURGIA	03/04/2019	INICIO	TERMINO
CIRURGIÃO	THIAGO LIMA	1 AUXILIAR	ORLANDO FREDE
ANESTESISTA	THOMAZ	INSTRUMENTADOR	DENIS

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATORIO	INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMIELOITE DO PÉ ESQUERDO+ DESBRIDAMENTO
EXAME RADIOLOGICO NO ATO	NÃO
MATERIAL ESPECIAL	NÃO
MATERIAL DE SALA	06 GAZES NÃO ADERENTE ADAPITIC+ 15 COMPRESSAS+01 MALHA TUBULAR+ ATADURAS DE CREPE

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA TIPO-RAQUEANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE
- 3- VISUALIZAÇÃO DE INFECÇÃO DO PÉ ESQUERDO COM TECIDOS NECRÓTICOS E SECREÇÃO SERO-HEMÁTICA
- 4- DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
- 5- LAVAGEM EXAUSTIVA COM COM SFO,9%
- 6- VISUALIZAÇÃO DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA
- 7- CURATIVO COM GAZE NÃO ADERENTE
- 8- Á SR

OBSERVAÇÃO: SOLICITADO AVALIAÇÃO DA CIRURGIA PLÁSTICA

Dr. Thiago Lima

Ortopedista / Traumatologista
TEOT 13449 / CRM 17891

05.802.494/0001-41
TRACAP - CORRETORA
DE SEGUROS-ITDA

23/04/2019

Rua da Aroeira, Nº 175, 9.º Andar, 3
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



RELATORIO DE CIRURGIA

NOME	JOÃO CARLOS BATISTA ALVES	REGISTRO	949521
PLANO: SASSEPE			

DATA DA CIRURGIA	08/05/2019	INICIO	TERMINO
CIRURGIO	THIAGO LIMA	1 AUXILIAR	ORLANDO FREDE
ANESTESISTA	JULIANA LEITE	INSTRUMENTADOR	DENIS

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA GRAVE DO PÉ ESQUERDO
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PÉ+DEBRIDAMENTO+RADIOSCOPIA
EXAME RADIOLOGICO NO ATO	SIM
MATERIAL ESPECIAL	NÃO
MATERIAL DE SALA	COMPRESSAS + 01 MALHA TUBULAR+ ATADURAS DE CREPE+ ALGODÃO ORTOPÉDICO

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- 1- PACIENTE EM DECLUBITO DORSAL SOB ANESTESIA TIPO RAQUEANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPISIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE
- 3- CORREÇÃO DE ROTAÇÃO DA PERNA ESQUERDA
- 4- DESBRIDAMENTO DO PÉ ESQUERDO
- 5- RETIRADA DE FIOS INTRA-ÓSSEOS
- 6- LAVAGEM EXAUSTIVA COM COM SFO,9%
- 7- SUTURA POR PLANOS
- 8- CURATIVO
- 9- Á SR

Dr. Thiago Lima
Ortopedista / traumatologista
TEOT 13465 / CRM 17591

05.852.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGURANCA LTDA
23/05/2019
Rua da Aurora, 1117, 2º andar
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



RELATORIO DE CIRURGIA

NOME	JOÃO CARLOS BATISTA ALVES	REGISTRO	949920
------	---------------------------	----------	--------

PLANO: SASSEPE

DATA DA CIRURGIA	25/03/2019	INICIO	TERMINO
CIRURGIÃO	ORLANDO FRADE	1 AUXILIAR	THIAGO LIMA
ANESTESISTA	JULIANA	INSTRUMENTADOR	CARLOS

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA + FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA + FIXAÇÃO EXTERNA DA TÍBIA + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO + RADIOSCOPIA
EXAME RADIOLOGICO NO ATO	SIM
MATERIAL ESPECIAL	01 FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO + 01 FIO DE KIRSCHNER
MATERIAL DE SALA	ATADURAS DE CREPE DE 15CM + GAZES + COMPRESSAS + NYLON

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA TIPO RAQUEANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE
- 3- VISUALIZAÇÃO DE FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA COM AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- 4- MONTAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM TORNOZELO ESQUERDO
- 5- APOSIÇÃO DE FIO DE KIRSCHNER EM FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO
- 6- LIMPEZA COM SPO,9%
- 7- CURATIVO
- 8- Á SR

Dr. Orlando Frade Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM - RORONIA REG. 15111

CS 802.494/0001-43
TRACAO CORRETOHA
DE RESCUE LTDA

23/03/2019

Rua da Amizade, 10175, 900 BL C
Bela Vista - CEP: 50.000-000
RECIFE-PE



RELATORIO DE CIRURGIA

NOME	JOÃO CARLOS BATISTA ALVES	REGISTRO	949920
------	---------------------------	----------	--------

PLANO: SASSEPE

DATA DA CIRURGIA	24/04/2019	INICIO		TERMINO	
CIRURGIÃO	THIAGO LIMA	1 AUXILIAR	ORLANDO FREDE		
ANESTESISTA	JULIANA LEITE	INSTRUMENTADOR	DENIS		

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA TÍBIA + LESÃO LIGAMENTAR+ARTROTOMIA+TENÓLISE+RADIOSCOPIA
EXAME RADIOLOGICO NO ATO	SIM
MATERIAL ESPECIAL	01 PLACA LCP ANATÔMICA MEDIAL DE TÍBIA DISTAL + 03 PARAFUSO CORTICAL+ 07 PARAFUSO DE BLOQUEIO+02 FIO GUIA
MATERIAL DE SALA	COMPRESSAS+01 MALHA TUBULAR+ ATADURAS DE CREPE

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA TIPO RAQUEANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE
- 3- INCISÃO MEDIAL DA PERNA ESQUERDA EM PONTE
- 4- COLOCAÇÃO DE PLACA LCP ANATÔMICA DE TÍBIA DISTAL EM PONTE
- 5- BLOQUEIO COM 03 PARAFUSOS CORTICAIS , 07 PARAFUSOS BLOQUEADOS E 02 FIOS GUIAS(REMOVIDOS)
- 6- LAVAGEM EXAUSTIVA COM COM SFO,9%
- 7- SUTURA POR PLANOS
- 8- CURATIVO
- 9- À SR

28/05/19

Jackelly Cordeiro
Técnico em Radiologia
CRM 17981

Dr. Thiago Lima
Ortopedista Traumatologista
TROT 13419-CRM 17981

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS OFCA

23/05/19

Rua da Aurora, Nº 125, SL 902 BL. C
Box VWA - CEP 50.063-050
RECPT-PE



14/09/19

Tram

HDI AS MARIAS

Paciente estável, sem queixas relacionadas ao momento. O mesmo refere ter um de 21,2m com um peso de 52kg e 13,5m de altura com solução de 29,6m. Relato sobre efeito do tratamento com aca. sem estabilização em sua função, devido ao uso com equívoco do tempo e devido por manutenção da função provisória até que o paciente possa conseguir de parte mais para vivência e o fixador para uma estabilização. Ao exame: SOB, eufórico, afetuoso ao toque, se creativo com a vida.

- CP: 1 - Terapia hiperbárica
- 2 - Cuidados com ambiente interno
- 3 - Manutenção vigilância clínica.

Dr. Orlando Frade Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PE 1254 / TEOT: 15711

H nutrição

14/04/19

Paciente segue estável, sem sintomas relatados, boa aceitação da dieta L.O e evacuações. Sem intercorrências.

CP - Mantida

15/04/19

Tram

HDI AS MARIAS

Paciente estável, sem queixas no momento. Ao exame: SOB, eufórico, afetuoso ao toque.

CP: Mantida

Dr. Orlando Frade Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PE 1254 / TEOT: 15711

Protocolo de
Tratamento
de 15/04/19

US-BUENOS AIRES
TRACAO CORRETORA
DE SEQUIDOS CLIN

23 MAR 2019

Av. da América, 200, 175, 180, 185, 190, 195, 200, 205, 210, 215, 220, 225, 230, 235, 240, 245, 250, 255, 260, 265, 270, 275, 280, 285, 290, 295, 300, 305, 310, 315, 320, 325, 330, 335, 340, 345, 350, 355, 360, 365, 370, 375, 380, 385, 390, 395, 400, 405, 410, 415, 420, 425, 430, 435, 440, 445, 450, 455, 460, 465, 470, 475, 480, 485, 490, 495, 500, 505, 510, 515, 520, 525, 530, 535, 540, 545, 550, 555, 560, 565, 570, 575, 580, 585, 590, 595, 600, 605, 610, 615, 620, 625, 630, 635, 640, 645, 650, 655, 660, 665, 670, 675, 680, 685, 690, 695, 700, 705, 710, 715, 720, 725, 730, 735, 740, 745, 750, 755, 760, 765, 770, 775, 780, 785, 790, 795, 800, 805, 810, 815, 820, 825, 830, 835, 840, 845, 850, 855, 860, 865, 870, 875, 880, 885, 890, 895, 900, 905, 910, 915, 920, 925, 930, 935, 940, 945, 950, 955, 960, 965, 970, 975, 980, 985, 990, 995, 1000

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E EQUIPE

Nome do Paciente: João Carlos Registro: _____
 Cirurgia: Físt. de Colocação + Ret Fx + EXT Perna
 Cirurgião: Thiago Lima
 Anestesiista: Juliana Lira
 Tipo de Anestesia: oral + Bloq.

DROGAS USADAS E DOSES

Anestésicos: Propofol 200mg Dinaz 6mg
Fentanyl 200mcg
Rocuron 60mg Bupivac 150mg
Midazolam 3mg

Soluções Infundidas (Tipo e Volume)

1000ml SCL
500 DE

Atologias Prévias e Medicamentos em uso:

DIAS
DM

PARÂMETROS NA SAÍDA DA SO E EVOLUÇÃO NA SRPA:

Hora	H: Saída SO	H: 13:20 Saída SO	H: 18:15	H:	H:	H:	H: Saída SO
PA	120/60	127/82	135/85				
SPO2	96%	100	96				
Consciência	2	2	2				
Atividade	2	2	2				
Respiração	2	2	2				
Freq. Resp.			2				
Diurese	+	-	-				
Aval. Numer. Dor.							
Freq. Cardíaca	100	83	80				
Aval. Numer. Dor.	+	+					
Temperatura							

Evolução Médica e Intercorrências na SRPA: Regime de na perna - físt. ang. direito IV

Relata dor forte 3 Tramal / Nausea/dor

Prescrição Médica na SRPA: Instalar com O2 contínuo; início 02 - 2l/min (Sat 02 - 92%) h Término _____ h

Condições de Alta / Escore Aldrete e Kroulik modificado (10)

Alta Médica de SRPA:

Data: 17/04/19 Hora: 18H45 Destino: _____

Médico: Nome _____ CRM _____ Ass: _____

ESCALA DE ALDRETE E KROULIK modificado

Item	Nota	Item	Nota
Atividade	2	Circulação (PA)	2
Respiração	2	SpO2	2
Consciência	2		

23/04/19
 Rua da Aurora, 1817, 5.º andar
 CEP: 50.060-000

RECPT-11



Av. Visconde de Albuquerque, 681
Madelena - Recife - PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOÃO CARLOS BARBOSA LINS

REG: _____

DATA

11/04/19

* Tórax *

Hd: (1) França de tórax (Furto de tórax)

(2) França exposta do 5º costal esquerdo

(3) Extensão torácica (Tórax hiperdistensão)

Tórax esquerdo, sem sinais de hemotórax
no exame: 650, 650, 650, 650, 650, 650
3D: Normal

Dr. Orlando Frade Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 21254 TEOT: 15711

12/04/19

Exame realizado no 5º costal esquerdo
hemotórax, tendo ocorrido a intervenção
com 500cc

12/04/19

* Tórax *

Hd: AS Mãos

Exame esquerdo, sem sinais de hemotórax
no exame: 650, 650, 650, 650, 650, 650

(1) Exame direito: Hemotórax

(2) Exame esquerdo: Tórax hiperdistensão

Dr. Orlando Frade Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 21254 TEOT: 15711

13/04/19

* Ortopedia *

Hd: Exame direito: Tórax hiperdistensão

Exame esquerdo: Tórax hiperdistensão

Exame direito: Tórax hiperdistensão

Exame esquerdo: Tórax hiperdistensão

Exame direito: Tórax hiperdistensão

Exame esquerdo: Tórax hiperdistensão

Exame direito: Tórax hiperdistensão

Exame esquerdo: Tórax hiperdistensão

05.802.494/0001-43
TRACAO CONCRETORA
TRACAO CONCRETORA LTDA

13/04/19
Rua 03, Avenida, 10175-54, 01011-000
11-0603-010

Dr. Thiago Cordeiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 21254 TEOT: 15711

CRM

COD. 023434



RELATORIO DE CIRURGIA

NOME	JOÃO CARLOS BATISTA ALVES	REGISTRO	949921
------	---------------------------	----------	--------

LEITO: ANEXO

DATA DA CIRURGIA	17/04/19	INICIO	TERMINO
CIRURGIAO	THIAGO LIMA	1 AUXILIAR	ORLANDO FRADE
ANESTESISTA	JULIANA LEITE	INSTRUMENTADOR	DENIS VEIGA

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA DO OLECRANO ESQUERDO
CIRURGIA REALIZADA	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO OLECRANO ESQUERDO COM PLACA
EXAME RADIOLOGICO NO ATO	SIM
MATERIAL ESPECIAL	01 PLACA LCP ANATÔMICA DE OLECRANO+01 PARAFUSO CORTICAL 3.5+08 PARAFUSOS DE BLOQUEIO 2.7+02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO 3.5+04 FIOS GUIAS
MATERIAL DE SALA	02 ATADURAS DE 15CM; 02 ATADURAS DE 10CM ; 08 ATADURAS DE 20CM; 01 SFO 9% 500ML; 01 MALHA TUBULAR; 05 ALGODÃO ORTOPÉDICO

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- 1- PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB BLOQUEIO DO MSE E ANESTESIA GERAL
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MSE
- 3- INCISÃO POSTERIOR DO COTOVELO ESQUERDO
- 4- DISSECÇÃO POR PLANOS
- 5- VISUALIZADO FRATURA COMINUTA DO OLECRANO ESQUERDO
- 6- REDUÇÃO CRUENTA O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL
- 7- OSTEOSSÍNTESE COM PLACA LCP ANATÔMICA DE OLECRANO +01 PARAFUSO CORTICAL 3.5+08 PARAFUSOS DE BLOQUEIO 2.7+02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO 3.5+04 FIOS GUIAS(REMOVIDOS)
- 8- LAVAGEM COM SFO 9%
- 9- SUTURA POR PLANOS
- 10- CURATIVO ESTERIL
- 11- À SR

Dr. Thiago Lima
Ortopedista Traumatologista
TEOT 13445-CRM 17801

09/06/19

Jackeline D. Oliveira
Exatidão Médica de
Cirurgia
CNPJ 09.051.051

05.802.494/0001-81
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEQUINOS LTDA
23/07/2018
Rua da Aurora, 117, 115, 11.900 BL. E
Bom Vista - CEP 30.060-010
MG - BRASIL

NOME: JOÃO CARLOS BARREIRA AVES

REG: _____

DATA	
04/04/19	# TRAUMA # Hd: (1) FRATURA DE TÍBIA (2) FRATURA DO PÉ MONTAÑO (3) EXTENSO EDEMA Paciente consciente, sem alterações no momento. NGGA FORTE AO EXAME: EGB, GARCICO, AFECUL AO TOQUE CS: (1) CURTIDO COM A CCIH (2) AUTORENTERIA CLÍNICA
05/04/19	# TRAUMA # Hd: AS MESMAS Paciente consciente, sem alterações no momento. AO EXAME: EGB, GARCICO, AFECUL AO TOQUE CS: (1) CURTIDO COM A CCIH (2) AUTORENTERIA CLÍNICA (3) AUTORENTERIA CLÍNICA
05/04/19	# Cirurgia Grosseira Realizado punção do AVE e cateterismo intravenoso em V12 sem intercorrências e bom fluxo e refluxo pelo sistema de Seldinger.

Dr. Orlando Frade Jr.
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 27124/1991

Dr. Orlando Frade Jr.
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 27124/1991

05.802.494/0001-11
FRAÇÃO CORPÓREA
DE SEGURANÇA LTDA

23/04/2019

RUA DA PÁTRIA, 100, 5º ANDAR
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

COD. 023634

CS: Sobito Rx de fôlex

05/04/19

Miranda Mendonça de Costa
Enfermagem
CRM-PE 27124/1991

Francoise de Oliveira
Mendes
CRM-PE 27124/1991



ND: ① Fx de Tíxio
 ② Fx de 5º MTH
 ③ Extensão Fémoro

Culmi S. ~~intencional~~
 S. ~~Quixen~~
 S. Febre

cd = ① ~~Uglôma~~ Infecção
 ② ~~Culhuo~~ C/ CCH

Univ. Barboza
 Otophys. ~~Amatologia~~
 Cuiabá - MT

21/4/19 Delundamento (int.)
 Exatidão áreas de nataparo.

Prevenção: Com-poneção com 4
 fatores de crescimento local -
 possível para creme e base as
 Chapô.

Anno sob recanalização
 com sang. hipertensão infesta -
 sol. sang. fúta

Cenário d AGE.

Oreção anetrip do Icath.
 d kgadum.

Assinado eletronicamente
 por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 em: 05/10/2020 15:31:02

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CONECTORA
 DE SEGURANÇA

23/10/2019

03/04/19 Adm. de ~~mesas~~
 Estrela na lata
 por em pena drute
 FO: ~~Scuro~~ ~~usare~~
 as: Ag. ~~Nyentica~~

Rua da Aurora, 100 - 14.902-35 -
 Ribeirão Preto - SP - 13.069-010

DR. ANDRÉ PEREIRA
 DR. ANDRÉ PEREIRA
 CREA-SP-24.393



NOME: JOÃO CARLOS BAPTISTA ARAÚJO

RES:

DATA	
11/04/19	A Trauma Hx: (1) Fratura de tibia (fixador externo) (2) Fratura exposta do 5º MT esquerdo (3) Extensão ferimento (terça hiperextensão) Paciente estável, sem dor no momento. AO exame: GDS, supino, AFEEL ao toque CD: Nula Dr. Orlando Frade Jr. Ortopedia / Traumatologia CRM/PE 21284 TEOT: 15711
12/04/19	Paciente realizou 2 sessões de fisioterapia inspiracion, tendo grande melhora 2 sessões, com 5626
12/04/19	A Trauma Hx: As mesmas Paciente estável, sem dor no momento. AO exame: GDS, supino, AFEEL ao toque 1. (1) Sutura de ferimento hiperextensão (2) Sutura de tibia hiperextensão Dr. Orlando Frade Jr. Ortopedia / Traumatologia CRM/PE 21284 TEOT: 15711
13/04/19	A Trauma Hx: Fratura exposta 4º MT + Fratura de tibia exposta e com estéril e de tibia Lob: VHS 43, PCR 24, hemoglobina 8,000 em urina: GDS + urina de Ri: 2 granulação Col. Mantendo com Dr. Thiago Ortopedia / Traumatologia CRM/PE 21284 05.802.494/0001-43 TRAÇÃO CORRETORA DE SEQUÊNCIA 73 Rua da Aurora, nº 175, 5º andar, C CEP: 51.000-000 RECIFE-PE CC57A

COD: 623434

HOSPITAL DE AVILA

ORTOPEDIA

NOME: JOÃO CARLOS BATISTA ALVES

LEITO: 17B

REG:

CONVENIO: SASSEPE

DATA: 03/04/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Alergia(s):

1. DIETA VO PARA HAS, APÓS RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	
2. CIPRO 400MG-EV-12/12H(D0-29/3)	
3. CLINDAMICINA 600MG+100ML DE SF 0,9%, EV DE 8/8H(D0-29/3)	
4. DAPIRONA 1G, 01 AMP + AD, EV DE 6/6H	
5. TRAMADOL 100MG, 01 AMP + 100ML DE SF 0,9%, EV DE 8/8H	
6. CLEXANE 400MG-01-24/24H(D0-29/3)	
7. ENALAPRIL 10MG - 01CP, VO, 12/12H	
8. ZOFRAM 4MG, 01 AMP + 100MLSF0,9% EV DE 8/8H S/N	
9. OMEPRAZOL 40MG, 01 COMP, VO, PELA MANHA EM JEIUM	
10. ATENSINA 0,1MG, 01 COMP, VO SE PAS>160 OU PAD>110MMHG	
11. MUDANÇA DE DECUBITO DE 4/4H	
12. DECUBITO ELEVADO	
13. DERSANI + DERMODEX + FRALDÃO	
14. COLCHÃO CAIXA DE OVOS	
15. CCGG+SSVV	
16. POMADA DERMAGERIUM-NAS-ESCORIAÇÕES (SUSPENSÃO)	
17. CURATIVO COM CCIH	
18. PARECER DA CIRURGIA PLÁSTICA	

19. Óleo hidratante AGE.
alternar entre
20. Camisa de compressão

Dr. Thiago Lima
Ortopedista/Traumatologista
TEOT 13443 CRM 17801

Dr. Thiago Lima
Ortopedista/Traumatologista
TEOT 13443 CRM 17801

999 364000

05.802.454/0001
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTOA

23 17 78

Rua do Arroz, Nº 175, 5º ANDAR
Rua Vitor - CEP 50.060-070
RECIFE-PE

PREVIMAGEM

EXAMES DE IMAGEM E MEDICINA ESTÉTICA

PAULISTA, 16 de junho de 2019

PACIENTE: JOAO CARLOS BATISTA ALVES RG: 748244
(AT: 820538 / PAC: 1630880)

RADIOGRAFIA DIGITAL DO COTOVELO/PERNA E PÉ ESQUERDO

Fratura na tíbia, fibula e 5º metatarsiano.

Fixação cirúrgica na tíbia, ulna e fêmur.

Formação osteofítica em alguns superfícies ósseas.

Redução da densidade óssea. Sugiro Densitometria Óssea, para avaliação de osteoporose/osteopenia.

*Exame documentado em 02 filmes.

PREVIMAGEM AGORA TEM TRATAMENTOS DE MEDICINA ESTÉTICA. MARQUE SUA AVALIAÇÃO.

Mantenha as imagens em lugares secos e arejados, longe do sol.

mm


DR.(ª) ANA PATRÍCIA FARIAS PAIS BARRETO
CRM: 10626

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23.11.19

Rua da Aurora, 175, 1º Andar
Rua Vitor - CEP: 52.060-210
RECIFE



FICHA DE ADMISSÃO E ALTA, TRANSFERÊNCIA EXTERNA DE PACIENTES INTERNADOS

308-500-5
HOSPITAL

PACIENTE: JOAO CARLOS BATISTA ALVES
MÃE: LUZIA RODRIGUES ALVES
DATA NASC: 24/09/1999
PRONTUÁRIO: 0001-18322
CPF TITULAR: 32687302440

Data de admissão na Emergência:

Data de admissão na Enfermaria:

Reinternamento? Sim () Não ()

Data do último internamento:

Diagnóstico do último internamento:

PD e HDA:

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 20/09/2019, com lesões múltiplas, sendo as principais: fratura de tíbia e fêmur do membro inferior direito, com deslocamento e lesão de pele. Paciente internado em UTI para observação e tratamento.

Cod: 94000125

Fratura de tíbia e fêmur

educação de uso prévio:

Cod: 94000130

Fratura de tíbia e fêmur

Antecedentes pessoais e familiares:

Antecedentes:

Doenças crônicas: Diabetes Mellitus (D) Hipertensão Arterial (H) Doença Coronária (C)

Doenças agudas: Infecção do Trato Urinário (ITU) Doença Respiratória Aguda (DRA)

S 92.3

CS: 582.2

Fratura de tíbia e fêmur

Fratura de tíbia e fêmur

Admissão:

1) Paciente admitido em UTI para observação e tratamento de fratura de tíbia e fêmur.

Data: / / Hora:

Assinatura Médico assistente e interno/ Nome Legível

Francisco de Assis
CPF: 25459

Av. Conselheiro Rosa e Silva, 36 - Artilha - CNPJ: 11944899/001-37

23/10/2019
Telefone: 3085-5500





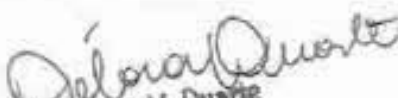
HSE Hospital
dos Servidores
do Estado



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. Joao Carlos Batista Alves foi atendido pelo Serviço de Pronto Atendimento do Hospital dos Servidores do Estado - HSE, no dia 24/03/2019 conforme ficha de atendimento em anexo.

Recife, 13 de Junho de 2019


Débora H. M. Duarte
Hospital dos Servidores
do Estado - SPA

Débora Helena Motta Duarte
Gestor do Núcleo de Apoio Administrativo do SPA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CONCRETORA
DE SEGUROS LTDA
23-100-2016
Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BL. L
São Ythá - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



PRONTIMAGEM

Registro.....: 1743162
Paciente.....: Sr.(a) ELIANE DA SILVA ALVES
Médico.....: Dr.(a) LUIZ GONZAGA DE OLIVEIRA JUNIOR
Data do Exame.: 29/03/2019

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS MÃOS

TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas imagens de ressonância magnética das mãos através de sequências ponderadas em T1, em densidade de prótons (DP), sem e com saturação de gordura.

Estudo não direcionado a estrutura específica com FOV ampliado, sendo tecnicamente limitado para a avaliação de pequenas estruturas.

ANÁLISE:

Alterações degenerativas em múltiplos compartimentos interfalangeanos proximais e distais de ambas as mãos, bem como nas metacarpofalangeanas e carpometacarpianas dos polegares. Caracterizam-se pela presença de osteófitos marginais, afilamento condral e edema subcondral.

Achados semelhantes foram observados nos ossos do carpo.

Discreto derrame articular das metacarpofalangeanas desde o polegar até o terceiro dedos bilateralmente.

Sinais de tenossinovite nos compartimentos flexores dos polegares, do quarto dedo à esquerda e em ambos os quintos dedos.

Os grupos musculares e tendões exibem morfologia e sinal normais.

Ausência de formações expansivas císticas periarticulares.

Espaços intermetacarpianos íntegros.


DR EDUARDO BEZERRA
CRM 16329

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAR 2019

Prontimagem Serviços Médicos LTDA. - CNPJ 01.340.977/0001-40
Av. José Augusto Moreira, 811 - Casa Calada - Olinda - PE - CEP: 53.130-410
Fones: (81) 3432.1081 - 3431.3322 - 3431.3677 - 3432.3400 - 3432.9904



PRONTIMAGEM

Registro.....: 1743162
Paciente.....: Sr.(a) ELIANE DA SILVA ALVES
Médico.....: Dr.(a) LUIZ GONZAGA DE OLIVEIRA JUNIOR
Data do Exame...: 29/03/2019

RESSONANCIA MAGNÉTICA DOS ANTEPÉS

TÉCNICA:

Exame realizado com sequências FSE e STIR, ponderadas em T1 e T2, em aquisições multiplanares.

RELATÓRIO:

Densificação da gordura subcutânea da face medial dos hálux e adjacente às primeiras cabeças metatarsais.

Foram definidas alterações degenerativas nas articulações metatarsofalangeanas sobretudo no primeiro arco, com osteófitos marginais, afilamento do revestimento condral e edema subcondral relacionado a sobrecarga articular.

Observam-se sinais de derrame articular em vários compartimentos metatarsofalangeano bilateralmente.

Tenossinovite do compartimento flexor da metatarsofalangeana do primeiro e segundo dedos à direita.

Placas plantares sem alterações definidas, no presente estudo.

Demais estruturas tendíneas analisadas de espessura, orientação e sinal normal.

No pé direito, observa-se discreta obliteração das partes moles adjacentes aos feixes nervosos interdigital do segundo e terceiro espaços, determinado por material com baixo sinal T1 medindo até 2,0mm, podendo estar relacionado a fibrose perineural. No primeiro espaço, este material mede 4,0mm (Neuroma de Morton?).

No pé esquerdo, observa-se pequena fibrose perineural no segundo e no terceiro espaços.

Ainda observa-se distensão das bursas intermetatarsianas desde o primeiro até o terceiro espaços bilateralmente.

Grupamentos musculares íntegros.

DR EDUARDO BEZERRA/ CRM 16329

05.302.494/0001-11
TRANCAJO CORREÇÃO
DE SEGURANÇA LTDA

23/04/2019

Rua da Aurora, 501, 175, SL 802 III, I
São Vito - CEP: 55040-011
RECIFE-PE

Prontimagem Serviços Médicos LTDA - CNPJ 01.340.977/0001-10
Av. José Augusto Moreira, 811 - Casa Calada - Olinda - PE - CEP: 53.130-410 Página 1 de 1
Fones: (81) 3432.1081 - 3431.3322 - 3431.3677 - 3432.3400 - 3432.9904



PREVIMAGEM

EXAMES DE IMAGEM E MEDICINA ESTÉTICA

PAULISTA, 18 de junho de 2019

PACIENTE: JOAO CARLOS BATISTA ALVES RG: 748244

(AT: 620538 / PAC: 1630880)

ULTRA-SONOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Observamos:

Avaliado a musculatura anterior e posterior, sem alterações ecográficas.

Tendões estudados com aspecto ecográfico normal.

Edema em todo o subcutâneo do pé.

Irregularidade dos contornos ósseos do terço distal do 5º metatarso, correlacionar com radiografias.

Materiais hipoeecóicos no subcutâneo da região plantar no medio pé (infeccioso?), a critério clínico realizar RM.

Ausência de derrame intra-articular.

PREVIMAGEM AGORA TEM TRATAMENTOS DE MEDICINA ESTÉTICA. MARQUE SUA AVALIAÇÃO GRÁTIS.

Lu


Dr(a) ÉRICO ROBERTO LUZ REIS
CRM: 16830

05.802.494/0001-41
EMPRESA CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 52.902-9L C
Rua Vitor - CEP: 56.060-010
RECIFE-PE



□ 100
1-000

de paciente: **JOAO CARLOS BATISTA ALVES** RH: _____
de idade: _____ anos

ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 08H COM TRAUMA EM MIE COM RX
EVIDENCIANDO FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQ + FRATURA DE 5
METATARSO

Norm $\times$ (Regular $\times$) Ruin,

mmHg PC: _____ Temp: _____

PULSOS PRESENTES / SEM SINAIS DE SIND. COMPARTIMENTAL; EDEMA ++/4

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQ + FRATURA DE 5 METATARSO + FX DE OLECRANO

INTERNA MENTO CLINICO

RX TORAX + ECO + P.CARDIO + EXAMES LAB

Dr. Victor

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS (TUA)

23 123 79

Rua da Aurora, 10775, 52.900-000
Bela Vista - CEP: 53.060-010
FAX: 011-24



LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE JOÃO CARLOS BATISTA ALVES FOI VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, DANDO ENTRADA NO SERVIÇO DO HOSPITAL DE ÁVILA COM QUADRO DE FRATURA COMINITIVA DA TÍBIA ESQUERDA E FRATURA EXPOSTA DO 5º METARTASO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRURGICO INICIAL PARA CONTROLE DE DANOS ONDE FOI FEITA FIXAÇÃO DA FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TÓRNOZELO, FIXAÇÃO DO 5º METARTASO ESQUERDO COM FIO DE KIRSCHNER E DEBRIDAMENTO/SLTURA DO FERIMENTO EM ANTEPÉ ESQUERDO.

APÓS UMA SEMANA DE EVOLUÇÃO E CUIDADOS NA ENFERMARIA O PACIENTE APRESENTOU SOFRIMENTO DE PELE E PARTES MOLES (NECROSE-ELIMINAÇÃO DE SECREÇÃO PURULENTE) IMPORTANTE EM ANTEPÉ ESQUERDO, SENDO REALIZADO NOVO DESBRIDAMENTO E LAVAGEM CIRÚRGICA. DESTA FORMA APÓS O SEGUNDO DEBRIDAMENTO FOI SOLICITADO PARECER DE CIRURGIA PLÁSTICA PARA FALHA DE COBERTURA CUTÂNEA, POIS O FERIMENTO DO PACIENTE SUPRACITADO APRESENTA EXPOSIÇÃO ÓSSEA TENDINOSA. ENFIM FOI ORIENTADO PELA EQUIPE DE CIRURGIA PLÁSTICA QUE FOSSE REALIZADA TERAPIA HIPERBÁRICA PARA INDUÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DE FERIMENTO PARA POSTERIOR ENXERTIA DE PELE NO LOCAL.

CID:S92.1

CID: S82.2

CID:S91.3

RECIFE, 14 DE MAIO DE 2019.

Dr. Thiago Lima
Ortopedista/Traumatologista
TEOT 13449-CRM 17991

DR. THIAGO LIMA - CRM:17991
DR. ORLANDO FRADE-CRM: 21264

05.802.494/0001-41
TRANSACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JUN 2019

Rua da Aurora, 1175, SL 302 BL. C
BOA VISTA - CEP 51.060-010
RECIFE-PE



GOVERNAMENTO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

JOÃO CARLOS DAVIATA ALVES

200 IDENTIDADE DO ESTADO DE
748344-802-PE

CPF: **104.341.904-00** Data de Nascimento: **24/08/1947**

Nome Completo: **ARLINDO ALVES**
LUIZA RODRIGUES ALVES

Estado Civil: **SEPARADO** Sexo: **M**

Profissão: **DETORNADO** Data de Emissão: **27/12/2021** Data de Validade: **29/02/2022**

Assinatura: *[Assinatura]*

Local de Emissão: **PERNAMBUCO**

1754554551

05.802.498/0001-41
DIAGNÓSTICO CORRETORA
DE SEGURANÇA E DA
23.12.2021
Rua da Beira Mar 175, 401 Bloco
Sul - Recife - CEP 50.000-000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014805861092
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIN	ODOMETRO	SERIAL	EXERCÍCIO
1	100223576	*****	2019

NOME

JORGE CARLOS BAPTISTA ALVES

OLINDA - PE

CHASSI	PLACA
104.751.504-06	0YU9474

PLACA ANT / UE	CHASSI
***** A/B	302X0054082044394

VEÍCULO	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLISTA	ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
WOLFRUM / NORTO BRCS 850	2014	2014

CAP / POT / CL	CATEGORIA	ODR PREDOMINANTE
25/149CL	PARTIC	VERMELHA

DATA ÚNICA	VENO. DATA ÚNICA	VENO. DATA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO	1	*****

P	V	A
1	1	1

FAIXA LATA	PARCELAMENTO / DATA
*****	*****

PREMIO UNIFORME PE	IMP. PE	PREMIO FOMENTO PE	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	03/04/19

OBSERVAÇÕES

SIM RESERVA

OLINDA *Roberto F. D. Silva* DATA 16/04/19
Roberto Carlos Baptista Alves
DIRETOR ADMINISTRATIVO DETRAN/PE

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO DIRETORIA
DE SEGURANÇA
71.11.19
Rua da Amizade, Nº 175, 3º Andar, C
Bom Fim - CEP: 56.060-005
8174-28



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: João Carlos Batista Alves
RG/CNH/CTPS: 749244 CPF: 104.751.504-06
End: Rua Manoel da Costa Maia n. 949
apt. 103, Jardim Atlântico, Olinda - PE
NATUREZA: imobiliária
DATA DO SINISTRO: 24/09/2019

Outorgado: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA.
RG/CNH/CTPS: 8317129 SDS/PE CPF: 078.711.374-80
End PRAÇA FERNANDES VIEIRA, 21-B, JARDIM ATLANTICO, OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como

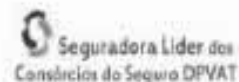
vítima: João Carlos Batista Alves
CPF: 104.751.504-06

Olinda 12 de julho de 2019


(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291860/19

Número do Sinistro: 3190496921

Vítima: JOAO CARLOS BATISTA ALVES

CPF: 104.751.504-06

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 24/03/2019

Titular do CPF: JOAO CARLOS BATISTA ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOAO CARLOS BATISTA ALVES : 104.751.504-06

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2019
Nome: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA
CPF: 076.711.374-80

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190496921 Vítima: JOAO CARLOS BATISTA ALVES

Data do Acidente: 24/03/2019 Cobertura: INVALEDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO CARLOS BATISTA ALVES

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
----------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01/11/01/12- carta_03 - INVALEDEZ

00010066



Carta nº 14744308





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do anexo do AIL

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo

6 - Endereço

7 - Cidade

8 - Estado

9 - CEP

10 - Nome completo do Representante Legal

11 - CPF do Representante Legal

12 - Profissão do Representante Legal

Declaro, para todos os fins de direito, razão na declaração acima informada, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - BANCOS E CÂMBIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INVENTARIÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INVENTARIÇÃO (ART. 1.711 DO CC/04)

☒ CONTA POUPOANÇA (Saliente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (287)

☐ Itaú (543)

☐ Banco do Brasil (003)

☒ Caixa Econômica Federal (109)

☐ CONTA CORRENTE (Total de bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 devido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que não tenho responsabilidade de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a cobertura de invalidez permanente do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 50 (cinquenta) dias de prazo.

Fato motivo excluído, adito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

13 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CNJ)

☐ Enquadrado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do acidente

25 - Gravidez durante a vítima

26 - Vítima deixou comprovante(s)

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou comprovante(s), informar o nome completo

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1º Nome

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2º Nome

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS 001 V002/0019

43 - Assinatura do Produtor (se houver)

175.802.494/0001-42

TRUÇÃO CORRETORA

23/10/19

Rua da Aurora, nº 175, SL 901 BL. C

Bom Vista - CEP 50.060-010

RECIFE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118008020

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/08/2019** às **11:00**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **24/3/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BRASIL, 1 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO Nº 01 (AUTOR / AGENTE)
DESCONHECIDO Nº 02 (AUTOR / AGENTE)
JOAO CARLOS BATISTA ALVES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO Nº 02**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO Nº 01**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO CARLOS BATISTA ALVES**

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

JOAO CARLOS BATISTA ALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mês: LUIZA RODRIGUES ALVES
Pai: **ARLINDO ALVES** Data de Nascimento: **24/05/1949** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentação: **748244/SSP-PE (RG), 10476150405 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **MUSICO** Telefones Celulares: **- 51984041662**

Endereço Residencial: **RUA ALVARO DA BOA VISTA NIAIA 1 ATE 202, 949, APTº 102, EDF. MARANTES. - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO Nº 01 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO Nº 02 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO Nº 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOAO CARLOS BATISTA ALVES, que estava em posse

05.802.452-7/00000000-41
TRANÇAO COMPETITORA
DE SEGUROS ETC
23 107 21/08/2019 10:4
Rua da Aurora, Nº 175, 51.930 BL. C
Bonfins - CEP: 52.060-005
MORF



do(a) Sr(a): **JOAO CARLOS BATISTA ALVES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**
Placa: **OYU9474** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **100223857** Chassi: **9C2KD0540ER044394**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEÍCULO Nº 02 (VEICULO) da propriedade do(a) Sr(a): **JOAO CARLOS BATISTA ALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO Nº 01**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/RENAULT/SANDERO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**
Placa: **PGA0348** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

VEÍCULO Nº 03 (VEICULO) da propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO Nº 02**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO Nº 02**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO PILOTAVA O V Nº 01, FOI TRANCADO PELO V Nº 03, COLIDINDO VIOLENTAMENTE COM O V Nº 02. VINDO A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO BOMBEIRO PARA O HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO. DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERRIMENTOS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL D' AVILA FICANDO INTERNADO POR MAIS DE DOIS MESES. PELO FATO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIA POLICIAL. CASO AFETO A DP DE PAULISTA.

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

JOAO CARLOS BATISTA ALVES
(VITIMA)

S.O. registrado por: **JOAO VIRGINIO ALVARO FILHO** - Matrícula: **381095-0**



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGURANCA

23 JUN 2019

Assinatura de TPLS 21/08/2019 10:4
Rua Vitor - CEP 50060-010
RECIFE-PE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do anexo do AIL

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2002

5 - Nome completo

6 - Endereço

7 - Cidade

8 - Estado

9 - CEP

10 - Nome completo do Representante Legal

11 - CPF do Representante Legal

12 - Profissão do Representante Legal

Declaro, para todos os fins de direito, razão na declaração acima informada, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - BANCOS E CÂMBIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INVENTARIÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INVENTARIÇÃO (PARA SUAS VOLTAS)

☒ CONTA POUPOANÇA (Saliente para os bancos abertos. Assinale com o tipo)

☐ CONTA CORRENTE (Total de bancos)

☐ Bradesco (287)

☐ Itaú (543)

☐ Banco do Brasil (003)

☒ Caixa Econômica Federal (109)

AGÊNCIA:

0044

CONTA:

30764

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 devido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não tenho responsabilidade de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a cobertura de invalidez permanente do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 50 (cinquenta) dias de prazo.

Fato motivo excluinte, adito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CNJ)

☐ Enquadrado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do acidente

25 - Gravidez durante o acidente

26 - Vítima deixou o corpo/enterrado?

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou o corpo/enterrado, informar o nome completo

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

35 - Nome legível de quem assina a ficha/pedido

36 - CPF legível de quem assina a ficha/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a ficha/pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS 001 V002/0019

43 - Assinatura do Produtor (se houver)

515.802.494/0001-42

TRUÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

23/10/19

Rua da Aurora, nº 175, SL 901 BL. C

Bom Vista - CEP 50.060-010

RECIFE



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000761 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). **ELIANE DA SILVA ALVES**, 62 anos, **BRASILEIRA(a)**, **CASADO(a)**, RG nº 2525137 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 325.573.024-49, residente à **RUA ALVARO DA BOA VISTA MAIA, nº 949, APT 101, JARDIM ATLANTICO, OLINDA-PE**, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/03/2019, por volta das 10:24 hs, no endereço: **AV. BRASIL, S/N, MARANGUAPE I PAULISTA-PE**, referente a um(a) **COLISÃO**, envolvendo **AUTOMOVEL SANDERO, BRANCA, PGA0348-PE; MOTOCICLETA BROS, VERMELHA, OYU9474-PE**, no(a) qual fora vítima(a) o(a) Sr^(a) **JOAO CARLOS BATISTA ALVES**, inscrito sob o CPF nº 104.751.504-06 e Registro Geral nº 748244, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) **CB 710166-D ROSIMARIO**. Foi transportado(a) para o **HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO**. Registrado(a) com o prontuário nº 118322. Ficou aos cuidados do médico **GABRIEL GODOY**, registro 24280. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posto em 26/06/2019

A autenticidade desta certidão deve ser conferida através do portal do Corpo de Bombeiros, ou site <http://www.cbmgpe.gov.br>, consultando o processo nº 2019APH000761

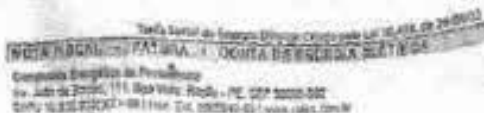
Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

OS.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGURANCA LTDA

23 JUN 2019

Rua da Bahia, nº 125, 9º ANDAR
Boa Vista - CEP 50.060-070
RITPE-PE





Enviado para Unidade Corruptora
Sua Casto Alves 41-0

AQUAS COMPRIDAS LINDA,
CLINDA PE
33003-000

SENTA CONTADOR	07/2019
7012675953	
RECEBUE DE CONTADOR	22/08/2019
12/08/2019	
RECEBUE DE CONTADOR	
	47.91

IP: 192.168.1.100	IP: 192.168.1.101	IP: 192.168.1.102
OS: Windows 7	OS: Windows 7	OS: Windows 7
MAC: 080020123456	MAC: 080020123457	MAC: 080020123458
Model: Dell XPS 13	Model: Dell XPS 13	Model: Dell XPS 13
Serial: 1234567890	Serial: 1234567891	Serial: 1234567892

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Computador Acoplado	56,1800000	0,3888888	43,83333
ACTACAO Bateria AA/25LA			0,7
Cartão Ident. Publica Municipal			24
CDS Rubrica (B-CDS-4º 6828719-752218)			51
Rebux (CDS) L. art 21 da Lei 10.028/2002			-81

TOTAL DA FATURA

4707

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

[illegible][illegible]

www.elsevier.com/locate/jnlp

Figura 1. <http://www.inec.gov.co> (última actualización: febrero 2011). Fuente: Inec. Elaboración: el autor. El gráfico muestra la información sobre la gestión ambiental en Colombia, organizada en tres niveles: nacional, departamental y municipal. La información se presenta en forma de gráficos de barras y líneas, lo que permite comparar los resultados de las diferentes entidades y observar las tendencias a lo largo del tiempo. La información se actualiza de manera periódica, lo que permite tener una visión actualizada de la gestión ambiental en Colombia.

Account	2010 Actual	2010 Budget	2010 Variance	2010 Actual
201	1.00	1.00	0.00	1.00
202	1.00	1.00	0.00	1.00
203	1.00	1.00	0.00	1.00

Variable (Control, X_1)	Lump Sum Payment (X_2)	
	Amount	Timing
200	200	12

05.802.494/0003-43
TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS CIDA

23. 1578

Rua da Aurora, nº 175, 2.º andar - C
Rio de Janeiro - RJ - CEP 20.060-010
2007-04

Scanned by CamScanner



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA			
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50090-062 CNPJ 16.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 9005943-03	 CELPE www.celpe.com.br	Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 118 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0146 Quvidoria 0800 282 5590 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 5088-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis	
DADOS DO CLIENTE MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO F. CPF: 132.981.254-03	DATA DE VENCIMENTO 22/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 397,86	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 15/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 15/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 001960285	CONTA-CONTRATO 007627598778 Nº DO CLIENTE 351636529 Nº DA INSTALAÇÃO 003201188
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA PC FERNANDES VIEIRA 21 B	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
JARDIM ATLÂNTICO/COINHA 32146-300 OLINDA PE	RESERVADO AO FISCO SA30.885E.0003.007E.9A04.4CED.9395.7SAD		
As certificações geradas pelo sistema de emissão (Ressolução ANEEL 414/2016), tarifa, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

[illegible]

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO RECEIVO	TIPO DA FISCALIZAÇÃO	AUTORIZADO		TOTAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CÁLCULO EM
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
IN-10001	CAT	15/04/2015	41.581,05	15/05/2015	42.340,00	30	1,0000	5,90	460,20

DETA. PROCEDE NOTA A PROCEDE COTIZAÇÃO: SUBSTITUI

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Transfira imediatamente o artigo: governador eleito da Lima residente base política (preço total: seis mil reais) no 344 loja Jardim Afonso/Lima completa em www.ato.gov.br. Na data da entrega e do envio ao valor de 5.000 reais. Mais informações em www.ato.gov.br. A partir de 1994, todos com qualquer motivo de 5.000 reais. Para saber mais.

1. 100, para Ato "Voto de 1994" 1.333.113.

Clique e compare imediatamente a situação de cada indivíduo ou do nível de tensão de fornecimento.

Pague, um preço que varia de 10 a 100 mil reais (10.000) e situação financeira ou não, em 10 mil reais.

Clique e compare imediatamente a situação de cada indivíduo ou do nível de tensão de fornecimento.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	205	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007027595778	05/2019	397,86	22/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este carnê será usado em leitores ópticos.

63890900030 678690119072 027398776193 133350692130

1 AUTENTICAÇÃO MISCANCA
DE REGISTRO

23 101 378

www.bcc.com.br



