

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

FE PÚBLICA FM T²DO TERRITÓRIO NACIONAL, LEI FEDERAL N° 7.116, DE 29/08/83.



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR

RGPM N°

07.785-991

VALIDA ATÉ

02.03.2020

NOME **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAÚJO**

3º SARGENTO PM 004.825.147-01

POSTO OU GRADUAÇÃO

CPF N°

Carlos Alexandre Barros Araújo
ASSINATURA DO IDENTIFICADO

CEDULA DE IDENTIDADE

ESTADO DE ALAGOAS

FILIAÇÃO **Djalma Baptista de Araújo** IS "A"

Maria Aparecida Barros de Araújo PRN NEG

NATURALIDADE

Maceió-AL.

V-4444

DN

PIPASEP

23.09.1965 1.220.543.009-4

I-4444

REGISTRO DE Nascimento nº 122.355

Liv. nº A-138 Fls. nº 16v

Comarca Maceió-AL.

RGC: 085234193/SSP-RJ.

Maceió-AL, 02 de março 2015

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

Wellington Silveira M. de Araújo
ASSINATURA DA AUTORIDADE EXPEDIENTE

TCPM-RGPM 02.061-988

POLEGAR DIREITO



LEI N° 5.445, DE 18/01/93 E DECRETO N° 35.718, DE 12/03/93.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

077859910 RGPM AL

CPF

004.825.147-01

DATA NASCIMENTO

23/09/1965

FILIAÇÃO

DJALMA BAPTISTA DE ARA
UJO

MARIA APARECIDA B DE A
RAUJO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

A3

Nº REGISTRO

05469634034

VALIDADE

06/08/2021

1ª HABILITAÇÃO

17/04/2012



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1298341166

OBSERVAÇÕES

A

Carlos Alexandre Barros de Araujo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

MACETIO, ALAGOAS

DATA EMISSÃO

08/08/2016

Antonio Carlos Gouveia
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

60888218644
AL017764637

PROIBIDO PLASTIFICAR

1298341166

DETRAN - AL ALAGOAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

FE PÚBLICA FM T²DO TERRITÓRIO NACIONAL, LEI FEDERAL N° 7.116, DE 29/08/83.



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR

RGPM N°

07.785-991

VALIDA ATÉ

02.03.2020

NOME **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAÚJO**

3º SARGENTO PM 004.825.147-01

POSTO OU GRADUAÇÃO

CPF N°

Carlos Alexandre Barros Araújo
ASSINATURA DO IDENTIFICADO

CEDULA DE IDENTIDADE

ESTADO DE ALAGOAS

FILIAÇÃO **Djalma Baptista de Araújo** IS "A"

Maria Aparecida Barros de Araújo PRN NEG

NATURALIDADE

Maceió-AL.

V-4444

DN

PIPASEP

23.09.1965 1.220.543.009-4

I-4444

REGISTRO DE Nascimento nº 122.355

Liv. nº A-138 Fls. nº 16v

Comarca Maceió-AL.

RGC: 085234193/SSP-RJ.

Maceió-AL, 02 de março 2015

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

Wellington Silveira M. de Araújo
ASSINATURA DA AUTORIDADE EXPEDIENTE

TCPM-RGPM 02.061-988

POLEGAR DIREITO



LEI N° 5.445, DE 18/01/93 E DECRETO N° 35.718, DE 12/03/93.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1298341166

NOME
CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
077859910 RGPM AL

CPF
004.825.147-01

DATA NASCIMENTO
23/09/1965

FILIAÇÃO
DJALMA BAPTISTA DE ARA
UJO
MARIA APARECIDA B DE A
RAUJO

PERMISSÃO
[Hatched box]

ACC
[Hatched box]

CAT. HAB.
A3

Nº REGISTRO
05469634034

VALIDADE
06/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
17/04/2012

OBSERVAÇÕES

A

Carlos Alexandre Barros de Araujo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
MACEIO, ALAGOAS

DATA EMISSÃO
08/08/2016

Antonio Carlos Gouveia
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

60888218644
AL017764637

PROIBIDO PLASTIFICAR

1298341166

DETRAN - AL ALAGOAS

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

NOME
JOSIA ALVES DA SILVA

Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR
1164013 DDP AL

CPF
024.157.715-92

DATA DE NASCIMENTO
28/08/1970

SEXO
MASCULINO

ACILVAN AUGUSTO MARTI

ISS
MANTER JOSE MARTIANO DA

CÓDIGO

TIPO DE VEÍCULO
MOTOCICLETA

DATA DE EMISSÃO
26/12/2013

VALIDADEZ
21/03/2015

ASSINATURA
José da Silva

LOCAL
BRASÍLIA, 20/12/2013

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO DNCT
José Paulo Siqueira Martins

DATA DE EMISSÃO
26/12/2013

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO DNCT
José Paulo Siqueira Martins

DATA DE EMISSÃO
26/12/2013

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VALOR EM REAIS
0,00

PREÇO PLASTICAR
966031835

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - AL Nº 011625648019
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COTA RENAVAM R.A.T.R.C. EXERCÍCIO
01 00979358426 2014

JOSE CARLOS ARAUJO DE AMORIM

CPF/CNPJ 17774640487

PLACA ANT./UF NLV5296

PLACA ANT./UF NLV5296 AL 902HB02108R041471

ESP. DE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APPLIO GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP100

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP. POT./CL. 2P/97CC CATEGORIA PARTIC. DOB.PREDOMINANTE AMARELA

1 PAGO COTA ÚNICA 18/07/2014 1º VENC./COTAS 2º

V VAGA DPVAT PARCELAMENTO/COTAS 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 286,75 IDV (R\$) 1,11 PREMIO TOTAL (R\$) 292,01 DATA DE PAGAMENTO 18/07/14

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

MACROLOCALIDADE LOCAL DATA

P498 13/07/2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

AL Nº 011625648019 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2014 12/07/2014

CPF/CNPJ 17774640487 PLACA NLV5296

MARCA/MODELO HONDA/POP100

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 9

PREMIO TARIFÁRIO 902HB02108R041471

PREMIO (R\$) 129,04 IDV (R\$) 1,11 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,37

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 COTA ÚNICA 18/07/14

PARCELAMENTO PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 18/07/14

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.349.604/0001-04
www.seguradoralider.com.br

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CRIADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA FÉLIXSTE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

AL Nº 011625648019 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodoltransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2014/12/07/2014

01	17774640487	NLV5296
----	-------------	---------

00979358426 HONDA/POE100

AND TAIL C/LUF 10 CHASSI
2008 9 952HE02108RD41471

3/20/2020

FMS (R\$)	DIVULGADA (R\$)	CUSTO DO SEGURO FAL
100 000	100 000	749 27

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

[illegible]

<input checked="" type="checkbox"/> COSTA RICA	<input type="checkbox"/> CHANZELAPO	18/07/11
--	-------------------------------------	----------

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

We serve you your order is \$11.00 + tax. 0.00 = 11.00

DENATRAN

DET-RAN - AL Nº 01162564801
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
VIA COTA RELATIVA RUA TIC PERDIDO
01 00879338426 2014

AL Nº 011625648017 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037163/20

Vítima: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

CPF: 004.825.147-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2017

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE
BARROS DE ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

IONA ALVES MARTINS : 024.157.734-92

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO : 004.825.147-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/01/2020
Nome: IONA ALVES MARTINS
CPF: 024.157.734-92

IONA ALVES MARTINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA
CPF: 091.128.924-08

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

Use seu dinheiro com o seu
cartão Mercado Pago

DULCINEIA APRIGIO
Rua Sao Pedro Cj Luis Pedro 1, 204 Casa
AL, Maceio - 57062018



368092502 5560#368092502#176985098
2156



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

INSTITUTO DE ALTORETO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO DE ALAGOAS

Polgar Direto

Dulcineia Aprigio
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1597386

DATA DE EXPIRAÇÃO 26/06/2018

NOME
DULCINEIA APRIGIO

ENDEREÇO
**JOSÉ APRIGIO FILHO
MARIA SEBASTIANA APRIGIO**

NACIONALIDADE
PILAR - AL

DATA DE NASCIMENTO
18/09/1969

CERTIDÃO NASC 19548 FLS 73 LIV A-19
SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ-BA

CPF
008.749.804-85

P. R. R. R.
NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
SUPERVISOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

P. 300

00 5705

CARTÃO DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Lidiane Fagundes de Novais

TS.A. Positivo

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

PI-01

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO

SERIAL

2.011.334

DATA DE EMISSAO 24-07-2000

SOME

LIDIANE FAGUNDES DE NOVAES

PLACAT

Jose Aguiar de Novais

Martina Fagundes de Novais

Traipu-AL

DATA DE NASCIMENTO 22-06-1983

O. Masc. W. 16525 Lv. A-18 Pls. 214 Dis

de Traipu-AL

ASSINATURA DO TITULAR

LEN 7.16 DE 29/05/83

MINISTERIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Numero de Inscrição

044.110.404-50

Nome

LIDIANE FAGUNDES DE NOVAES

Nascimento

22/06/1983

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Se p. adquire direitos
Constitui-se do Seguro GVAP I

IDENTIFICAÇÃO DO MINISTRO

ASL 0123053/20

Vítima: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

CPF: 004.825.147-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2017

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE
BARROS DE ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Ministro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

IONA ALVES MARTINS : 024.157.734-92

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 165/12
Documentos de identificação
Procuração

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO : 004.825.147-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

RECEÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro, consulte o atendimento de processo de indenização, acesse o www.dnpt.org.br/sanabr ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h (020-1596) (Regiões Metropolitanas) ou 0800-022-0104 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com SAC: 0800-022-8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 1.000.000,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de indenização prevista na Lei 6.194/74.

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

Assinatura do Representante

Assinatura do Representante

Data da apresentação: 27/04/2020

Nome: IONA ALVES MARTINS

CPF: 024.157.734-92

Data do cadastramento: 27/04/2020

Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

CPF: 091.128.924-00

IONA ALVES MARTINS

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Carlos Alexandre Barros Araújo
portador(a) do documento de identidade nº 077859910, expedido por R6PM/AL, em
02.03.2015 inscrito no CPF sob o nº 004825147-01, residente na
ruaessa Dilermano Reis, nº 305
complemento BL 05 AP 0008, Bairro Santa Lúcia, cidade
Maceió, Estado AL.

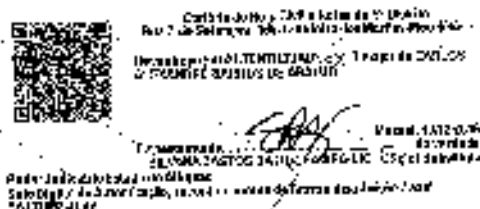
2. Outorgado Jornal Alves Martins
portador(a) do documento de identidade nº 1384913, expedido por SSP/AL, em
15.09.1999 inscrito no CPF sob o nº 02415773492, residente na
Rua da Com Antônio Brandão, nº 239
complemento BL A AP 309, Bairro Farel, cidade
Maceió, Estado AL.

Ampla poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento o assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

5º DISTRITO Maceió-Alagoas - 19 de dezembro de 2019
Outorgante Carlos Alexandre Barros Araújo

[VEJA DIRETAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR]

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123053/20

Vítima: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

CPF: 004.825.147-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2017

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE
BARROS DE ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

IONA ALVES MARTINS : 024.157.734-92

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO : 004.825.147-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/04/2020
Nome: IONA ALVES MARTINS
CPF: 024.157.734-92

IONA ALVES MARTINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA
CPF: 091.128.924-08

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091288/20

Vítima: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

CPF: 004.825.147-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/03/2017

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE
BARROS DE ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO : 004.825.147-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/03/2020
Nome: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO
CPF: 004.825.147-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA
CPF: 091.128.924-08

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200115137 **Cidade:** Maceió **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO **Data do acidente:** 10/03/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO-CONTUSO DO HÁLUX DIREITO

Resultados terapêuticos: SUTURA E CURATIVO. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOMENTE AS PÁGINAS 1 E 2 SE REFEREM AO ACIDENTE EM QUESTÃO.
EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115137

Vítima: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

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, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115137

Vítima: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

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, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115137

Vítima: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 10/03/2017, emitido pelo Dr. JOSE JUNIOR CRM nº 8439 - AL, da Instituição H DR RODRIGUES DE MELO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200158110

Vítima: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IONA ALVES MARTINS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

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

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

2 - NR do sinistro no ASL:	3 - CPF do vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	004 895 147-01	Carvalho Alexandre Brunes Araujo

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

5 - Nome completo: Carlos Alexandre Barros Araujo
7 - Profissão: Advogado
11 - Bairro: Santa Fúcia
15 - E-mail:
8 - Endereço: Travessa Geremando Reis
12 - Cidade: Macaio
9 - Número: 305
10 - Complemento: BLOCO AP 008
13 - Estado: AL
14 - CEP: 57082-047
16 - Tel. (DDD): 89 99927474

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TITULO E CATEGORIA) PARA VÍTIMA/REMETIDA DO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS DA INCAPAZ COM CURADOR:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18. ~~CFR~~ do Representante Lexis

19 Profissão do Representante Legal

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

20 - INTERNAL SECURITY - DOMESTIC AFFAIRS - CONSPIRACY

☒ RECUSO INFORMATICO
☐ SCADENZA

☐ R 1.703 A R 1.000,00

☐ R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00

21 - DADOS HARMONIZADOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA PÚBLICA Consulte data e horas aqui. Assine uma página

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Name do BANCO: Bank of America

☐ Boletim [237] ☐ Itaú [340]
☐ Banco do Brasil [001] ☐ Caixa Econômica Federal [104]

AGÊNCIA: CONTA:
(Informe o endereço de e-mail) (Informe a agência de e-mail)

AGÊNCIA: 1020 [] CONTA: 00002061 [] 3

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a não ser por meio direto, recebimento em dinheiro, desde que o mesmo seja efetivado em crédito, quitando total do valor recebido.

72- DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE LAUDATIO BUL - PRECISEMENTE SÓLO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização de Genótipo (DPSA) de nº 1.194/74), uma vez que:

- Não há IMV que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMV que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMV que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização da Seguradora OPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessário, às custas da Seguradora. Solicito, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto no Lei 6.194/74.

Decisão que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorda de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado atual da criança	<input type="checkbox"/> Sólido	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Fraco	<input type="checkbox"/> Muito fraco	<input type="checkbox"/> Muito fraco	24 - Estado da criança da última vez
------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

25 - Gostaria de fazer um curso de inglês? ☐ Sim ☐ Não

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vítimas: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> N/A	30 - Vítima teve nasceram filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vítimas: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> N/A	33 - Vítima deu ou pariu/mãe vivas? <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> N/A
--	--	---	--	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Lúber pagará, caso direito, a indenização do Seguro LUMAX por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de qualquer sanção criminal por infração ao artigo 249 do Código Penal.

34	_____
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a cargo)	_____
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a cargo)	_____
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo)	_____

39. 12 | Nome: LIDIANE FABUNDES DE NOVAES
 cpf: 044.112.404-50

x Robinson Fagundes de Moraes

Assinatura do testemunha
39-2ª | Nome: DULCINEIA APRIGIO
CPF: 008.769.804-85

X Dedcineia A Pri gio
Assinatura da testemunha

१० - १ नवंबर ८ पृष्ठ

42. Assignment de Biomechanique I (se heuver)

43 - Assinatura do Proprietário (se houver)

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

2 - NR do sinistro no ASL:	3 - CPF do vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	004 895 147-01	Carvalho Alexandre Brunes Araujo

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

5 - Nome completo:		Carlos Alexandre Barros Araujo		6 - CPF:		004.825.147-01	
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número:		10 - Complemento:	
Acusado		Procurado		305		B. 05 AP 008	
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:		14 - SFP:	
Santa Prúcia		Maceio		AL		57082047	
15 - E-mail:						16 - Tel. (DDD):	
						82 99927644	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TITULO E CATEGORIA) PARA VÍTIMA/REMETIDA DO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS DO INCÁPAZ COM CURADOR:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18. ~~CFR~~ do Representante Lexis

19 Profissão do Representante Legal

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

20 - RACHA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMATICO
☐ SCADENZA

☐ R 1.703 A R 1.000,00

☐ R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00

21 - DADOS HARMONIZADOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA PÚBLICA Consulte data e horas aqui. Assine uma notícia

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Primeira Leitura

<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: CONTA:
(Informe o endereço de e-mail) (Informe a agência de e-mail)

AGÊNCIA: 1020 [] CONTA: 00002061 [3]
(Informar o dígito verificador) (Informar o dígito se necessário)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a não ser por meio direto, recebimento em dinheiro, desde que o mesmo seja após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

72- DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE LAUDADO DEL PRECENDIMIENTO SÓLO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização de Genótipo (DPSA) de nº 1.194/74), uma vez que:

- Não há IMV que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMV que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMV que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização da Seguradora OPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessário, às custas da Seguradora. Eficaz para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto no Lei 6.194/74.

Decidem que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (ou Civil)	<input type="checkbox"/> Divorçado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do 1.º Ano da União
-------------------	-----------------------------------	--	------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Gostaria de fazer um curso de inglês? ☐ Sim ☐ Não

78 - Viúva <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	79 - Se tinha filhos, informar Vícios: <input type="checkbox"/> Nenhum Caleclhos: <input type="checkbox"/> Nenhum	80 - Viúva (levei nasceu em) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	81 - Viúva <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não	82 - Se tinha irmãos, informar Vícios: <input type="checkbox"/> Nenhum Caleclhos: <input type="checkbox"/> Nenhum	83 - Viúva (levei pale/mãe vivas?) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	--

Estou ciente de que a Seguradora Lúber pagará, caso direito, a indenização do Seguro UNIVIX por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de qualquer sanção criminal por infração ao artigo 249 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a raso)

35 - CPF legível de quem assina o pedido (a raso)

36 - Assinatura de quem assina o pedido (a raso)

39 - 1ª | Nome: LIDIANE FAGUNDES DE NOVAES
CPF: 044.130.404-50
X Lidiane Fagundes de Novaes
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: DULCINEIA APRIGIO
CPF: 008.769.804-85
X Dulcineia Aprigio
Assinatura da testemunha

१० - १ ज्येष्ठ ६ पञ्चम

42. Assignment de Biomechanique I (se heuver)

43 - Assinatura do Proprietário (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ - AL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106787/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/11/2019 14:59 Data/Hora Fim: 28/11/2019 15:27
Delegado de Polícia: Shella Carvalho Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ativ.: 52º Distrito Policial - Piranhas
Data/Hora do Fato: 10/03/2019 08:00

Local do Fato

Município: Piranhas (AL)
Logradouro: RODOVIA AL 220

Bairro: IPIAU

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Relato(s) Empregado(s)
1225: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Maceió Sexo: Masculino Nascimento: 23/00/1966
Profissão: Policial Militar
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: MARIA APARECIDA B DE ARAUJO Nome do Pai: DUALMA BAPTISTA DE ARAUJO
Em Serviço: Não

Documento(s)

CNPJ - Cadastro de Pessoas Físicas: 004.635.147-01
RG - Carteira de Identidade: 977859910

Endereço

Município: Maceió - AL
Logradouro: VILA SANTA MARIA 41
Bairro: PONTA GROSSA
Telefone: (82) 98156-8677 (Celular)

CNPJ: 07.014-690

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUSPEITO AUTORINFRATOR)

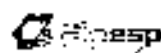
Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Maceió - AL

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motocicleta
Descrição: MOTOCICLO	CNPJ/CNPJ do Proprietário: 177.748.404-87
Placa: NLV5206	Renavam: 00979368126
Número do Motor: 4802E18011471	Número do Chassi: 9C2H8021D8 3041471



Delegado de Polícia Civil: Shella Carvalho Santos
Impresso por: Ricardo Martins Ribeiro
Data de Impressão: 28/11/2019 15:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ - AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106787/2019

Ano/Modelo Fabricação 2000/2003	Cor AMARELA
UF Veículo Alagoas	Município Veículo Maceió
Marca/Modelo HONDA/POP100	Modelo HONDA/POP100
Veículo Adultado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 08/09/2011
Situação do Veículo NADA CONSTA	
Nome Envolvido	Envolvimentos
CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO	Declarante, Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O NOTICIANTE NARRA QUE AO PASSAR NO POVOADO PIAUPIRANIAS, AL, ATRIQUELOU UM CACHORRO E PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO, E POSTERORMENTE CAIU EM UMA RIBANCEIRA, COM ESTA QUEDA, FRATUROU O HÁLUX DIREITO, E DEVIDO A ESTA FRATURA, HA ALCUNS MESES APARECERAM DORES NO QUADRIL, E AO TIRAR BOM RAIO-X CONSTA TÔU QUE ENCONTRAVA-SE COM A CADEÇA DO FÊMUR NECROSADA, PROVENIENTE DA PANCADA DO ACIDENTE.

ASSINATURAS


Ricardo Martins Ribeiro
Agente de Polícia
Matrícula 901 - 19-3
Removido de Arquivo


CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO
(Vítima)

Este documento foi gerado automaticamente pelo sistema de gerenciamento de processos da Polícia Civil do Estado de Alagoas, e não pode ser alterado. Qualquer alteração será considerada uma falsificação e será punida conforme a legislação vigente.



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ -
AL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106787/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/11/2019 14:59 Data/Hora Fim: 28/11/2019 15:27
 Delegado de Polícia: Shella Carvalho Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Atividade: 52º Distrito Policial - Piranhas
 Data/Hora do Fato: 10/03/2019 08:00

Local do Fato

Município: Piranhas (AL) Bairro: IPIAU
 Logradouro: RODOVIA AL 220

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Relato(s) Empregado(s)
1225: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: AL - Maceió	Sexo: Masculino	Nasc: 23/00/1965
Profissão: Policial Militar			
Estatu Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: MARIA APARECIDA B DE ARAUJO	Nome do Pai: IJALMA BAPTISTA DE ARAUJO		
Em Serviço: Não			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 004.635.147-01
 RG - Carteira de Identidade: 977859910

Endereço

Município: Maceió - AL
 Logradouro: VILA SANTA MARIA 41
 Bairro: PONTA GROSSA
 Telefone: (82) 98156-8677 (Celular)
 CEP: 57.014-690

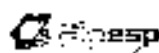
Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUSPEITO AUTORINFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Maceió - AL

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motocicleta
Descrição: MOTTO	CPF/CNPJ do Proprietário: 177.748.404-87
Placa: NLV5206	Renavam: 00979368125
Número do Motor: 4802E18011471	Número do Chassi: 9C2H8021D8 3041471



Delegado de Polícia Civil: Shella Carvalho Santos
 Impresso por: Ricardo Martins Ribeiro
 Data de Impressão: 28/11/2019 15:27
 Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ - AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106787/2019

Ano/Modelo Fabricação 2000/2003	Cor AMARELA
UF Veículo Alagoas	Município Veículo Maceió
Marca/Modelo HONDA/POP100	Modelo HONDA/POP100
Veículo Adultado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 08/09/2011
Situação do Veículo NADA CONSTA	
Nome Envolvido	Envolvimentos
CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO	Declarante, Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O NOTICIANTE NARRA QUE AO PASSAR NO POVOADO PIAUPIRANIAS, AL, ATRIQUELOU UM CACHORRO E PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO, E POSTERORMENTE CAIU EM UMA RIBANCEIRA, COM ESTA QUEDA, FRATUROU O HÁLUX DIREITO, E DEVIDO A ESTA FRATURA, HA ALCUNS MESES APARECERAM DORES NO QUADRIL, E AO TIRAR BOM RAIO-X CONSTA TÔU QUE ENCONTRAVA-SE COM A CADEÇA DO FÊMUR NECROSADA, PROVENIENTE DA PANCADA DO ACIDENTE.

ASSINATURAS


Ricardo Martins Ribeiro
Agente de Polícia
Matrícula 901 - 19-3
Removido de Arquivo


CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO
(Vítima)

Este documento foi elaborado pelo Departamento de Polícia Civil do Estado de Alagoas, com base nas informações fornecidas pelo(s) autor(es) do(s) relato(s) e/ou pelos dados constantes no(s) documento(s) apresentado(s). A responsabilidade pela veracidade das informações é do(s) autor(es) do(s) relato(s) e/ou do(s) documento(s) apresentado(s). Este documento não possui valor legal e não pode ser utilizado para fins de comprovação de fatos ou para fins de responsabilização de qualquer natureza.

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

2 - NR do sistema no ASL:	3 - CPF do sistema:	4 - Nome completo do sistema:
	004 895 147-01	Carvalho Alexandre Pereira Araújo

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

5 - Nome completo: Carlos Alexandre Barros Araujo
7 - Profissão: Advogado
11 - Bairro: Santa Fúcia
15 - E-mail:
8 - Endereço: Travessa Geremando Reis
12 - Cidade: Macaé
9 - Número: 305
10 - Complemento: 81.05 AP 008
13 - Estado: AL
14 - CEP: 57082-047
16 - Tel./celular: 89 999 27 6740

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TITULO E CATEGORIA) PARA VÍTIMA/REMETIDA DO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS DA INCAPAZ COM CURADOR:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18. ~~CFR~~ do Representante Lexis

1.9 Profissão do Representante Legal

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

20 - INTERNAL SECURITY - DOMESTIC AFFAIRS - CONSPIRACY

☒ ACCUSED INFORMANT
☐ SOURCE REFUSED

☐ R 1.701,4 R 1.000,00

☐ R. 2.501,00 ATÉ R. 5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUÇANÇA | Cuente para as suas necessidades. Assim como a sua vida.

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos as bancas)

Nome do BANDO: Primeira Edição do Edital

<input type="checkbox"/> Argentina (237)	<input type="checkbox"/> Itália (343)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informe o número da agência) (Informe o número da conta)

AGÊNCIA: 1020 [] CONTA: 00002061 [3]
(Número do usuário) (Número do código de acesso)

Autorizo a Seguradora Eldor a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a não ser por meio de depósito em nome de terceiros, reconhecendo e afirmando, desde já e somente após a efetivação do crédito, que todo o valor recebido:

72-DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE LAUDIDO DEL PRECENDIMIENTO 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 os fins de requerimento de indenização de Genótipo (DPSA) de nº 1.194/74), uma vez que:

- Não há IMV que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMV que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMV que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro OPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessário, às custas da Seguradora. Eflor para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo submerso, conforme o disposto no Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23. Estado civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (ou Civil)	<input type="checkbox"/> Divorçado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24. Data de início da vivência:
-------------------	-----------------------------------	--	------------------------------------	---	--------------------------------	---------------------------------

25 - Gostaria de participar com a vítima: 26 - Vítima deixou companhia(ões): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companhia(ões), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vítimas: <input type="checkbox"/> Sim Caleclinas: <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima teve casamento (ou casou)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vítimas: <input type="checkbox"/> Sim Caleclinas: <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deu voto pelo/da viva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	---	---	--

Estou ciente de que a Seguradora Lívier pagará, caso direito, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou distorção não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de constituir ilicitude criminal por intenção de obter vantagem ilícita, conforme o artigo 249 do Código Penal.

34	_____
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a raso)	_____
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a raso)	_____
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a raso)	_____

39-12 | Nome: LIDIANE FAGUNDES DE NOVAES
CPF: 044.130.404-50
X Lidiane Fagundes de Novaes
Assinatura da testemunha

39-23 | Nome: DULCINEIA APRIGIO
CPF: 008.769.804-85
X Dulcineia Aprigio
Assinatura da testemunha

१० - १ नवंबर ८ पृष्ठ

42. Assignment de Biomechanique I (se heuver)

43 - Assinatura do Proprietário (se houver)

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

2 - NR do sinistro no ASL:	3 - CPF do vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	004 895 147-01	Carvalho Alexandre Brunes Araujo

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

5 - Nome completo: Carlos Alexandre Barros Araujo
7 - Profissão: Médico
8 - Endereço: Travessa Geremando Reis
9 - Número: 305
10 - Complemento: Bl. 02 AP 008
11 - Bairro: Santa Fúcia
12 - Cidade: Macaio
13 - Estado: AL
14 - CEP: 00482514701
15 - E-mail:
16 - Tel./cel.: 82 999276740

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TITULO E CATEGORIA) PARA VÍTIMA / REMETIDA DO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS DO INCÁPAZ COM CURADOR:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18. ~~CFR~~ do Representante Lexis

19 Profissão do Representante Legal

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

20 - INTERNAL SECURITY - DOMESTIC AFFAIRS - CONT.

☒ RECUSO INFORMATICO
☐ SCADENZA

☐ R 1.703 A R 1.000,00

☐ R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA PÚBLICA Consulte data e horas aqui. Assine uma página

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANDO: Primeira Edição do Edital

<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (239)	<input type="checkbox"/> Itaú (240)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (100)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informe o endereço de e-mail) (Informe a agência de e-mail)

AGÊNCIA: 1020 [] CONTA: 00002061 [] 3

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a não ser por meio de depósito em nome de terceiros, desde que o mesmo seja efetivado em crédito, quitando total do valor recebido.

72- DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE LAUDATIO BUL - PRECISEMENTE SÓLO PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização de Genótipo (DPSA) de nº 1.194/74), uma vez que:

- Não há IMV que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMV que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMV que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro OPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação do laudo do IMIL, concordando, desde já, em me submeter à análise médica pericial, caso necessário, às custas da Seguradora. Eflor para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo submerso, conforme é disposto no Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do casamento: _____
---	-------------------------------

25 - Gostaria de fazer um curso de inglês? ☐ Sim ☐ Não

78 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	79 - Se tinha filhos, informar Vítimas: <input type="checkbox"/> Cade/delos:	80 - Vítima/casado <input type="checkbox"/> Sim nasceu com filhos? <input type="checkbox"/> Não	81 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não	82 - Se tinha irmãos, informar Vítimas: <input type="checkbox"/> Cade/delos:	83 - Vítima deu voto <input type="checkbox"/> Sim para/mas vivas? <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	---	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lívier pagará, caso direito, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou distorção não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de eventual sanção criminal por infração do artigo 249 do Código Penal.

34	_____
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a cargo)	_____
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a cargo)	_____
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo)	_____

39. 12 | Nome: LIDIANE FABUNDES DE NOVAES
 cpf: 044.112.404-50

x Revisão Parâmetros de MRC

Assinatura do testemunha

39-2º | Nome: DULCINEIA APRIGIO

CPF: 008.769.804-85

X Dedciria A. Pizic
Assinatura da testemunha

१० - १ ज्येष्ठ ६ पञ्चम

42. Assignment de Biomechanique I (se heuver)

43 - Assinatura do Proprietário (se houver)

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Unidade Consumidora Art. 102, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF 5031203

DIA FAGUNDES DE NOVAIS

R DILERIVANDO RES. 365 BL 05 AP 3008

ANTALÚCIA

57052047 MACÉIO

AL

CÓDIGO ÚNICO	MES	PERÍODO DE CONSUMO
12522295	01/2020	09/12/19 a 08/01/20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
100	07/02/20	R\$ 84,73

OBSERVAÇÕES

A conta referente a consumo de energia elétrica de pagamento não será cobrada.



EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS

Av. Fagundes Lima, 153245 - Gruta de Lourdes - MACEIO-AL

CNPJ 11.272.034/0001-00

IE 24207771-3

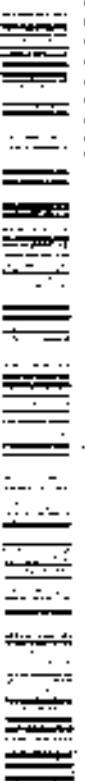
CÓDIGO ÚNICO

12522295

MES
01/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 84,73

836200000005.847300030068.000000012526.229501206054



VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Unidade Consumidora Art. 102, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF 5031209

DIA FAGUNDES DE NOVAIS

R DILERIVANDO RES. 365 BL 05 AP 3008

ANTALÚCIA

57052047 MACÉIO

AL

CÓDIGO ÚNICO	MES	PERÍODO DE CONSUMO
12522295	01/2020	09/12/19 a 08/01/20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
100	07/02/20	R\$ 84,73

OBSERVAÇÕES

A conta referente a consumo de energia elétrica de pagamento não será cobrada.



EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS

Av. Fagundes Lima, 153245 - Gruta de Lourdes - MACEIO-AL

CNPJ 11.272.034/0001-00

IE 24207771-8

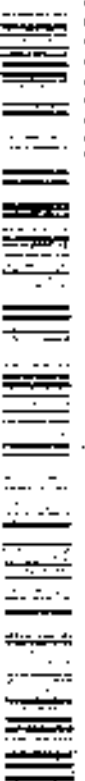
CÓDIGO ÚNICO

12522295

MES
01/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 84,73

836200000005.847300030068.000000012526.229501206054



digitalsaude.com.br



Fatura do Plano de Assistência Médica

Unimed Norte Nordeste



Página 1 de 1

Cliente: IONA ALVES MARTINS CPF: 02415773492 Endereço: AVENIDA DOM ANTONIO BRANDAO 239 BL 91 AP 909 Bairro: FAROL Município: MACÉIO		Entidade: SEMPRE SAÚDE ADMINISTRADORA Parcela: 6 Grupo: TB UNN 219 UF: AL CEP: 57051190	
Número do Documento: 00330146 Data de Emissão: 17/12/2019 Validade: 1/2020	Valor do Documento (R\$): 746,01 Vencimento Original da Fatura: 07/01/2020		
Mensagem: PARA SEGUNDA VIA DE BOLETO: FINANCEIRO@SEMPRESAÚDEADMINISTRADORA.COM.BR OU (21) 3553-1933 / (21) 96015-9239 WHATSAPP / (21) 960880018 WHATSAPP. EVITE A SUSPENSÃO DO SEU PLANO. PAGUE SEU BOLETO EM DIA. OUVIDORIA (21) 3553-2603 OUVIDORIA@SEMPRESAÚDEADMINISTRADORA.COM.BR			
Agência:			
Descrição da Fatura		CNIS	Valor do Serviço (R\$)
Titular: IONA ALVES MARTINS (0974 8029600536890)		708405706895089	R\$ 466,53
Dependente: INGRID MONYK ALVES VALENTIM (0974 8029600549582)		702006874955080	R\$ 279,48
		Total	R\$ 746,01

SEMPRE SAÚDE - CNPJ/MF: 26143531000127

RUA DA ASSEMBLEIA 10 SALA 4004 A 4010 - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP 20011901

Tel (21) 35531933 - http://www.sempresaudeadministradora.com.br/

ANS - nº 420263



341-7 34191.09008 33014.628375 21658.890005 6 81270000074601

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO, MESMO APÓS O VENCIMENTO.				Vencimento: 07/01/2020	
Beneficiário: SEMPRE SAÚDE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS (CNPJ 26143531000127) RUA DA ASSEMBLEIA 10 SALA 4004 A 4010 - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP 20011901				Agência/Código do Beneficiário: 6072 - 16588-0	
Data do Documento: 17/12/2019	Número do Documento: 00330146	Emissão do DS: 18/12/2019	Altera: N	Data Processamento: 18/12/2019	Número Fatura: 109 / 00330146-2
Valor Bruto: 746,01	Desconto: 0,00	Valor Líquido: 746,01	(R\$) Valor Documento: 746,01		
Instruções / Instruções de responsabilidade do beneficiário: Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário. SR. CAIXA APÓS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA DE 2% E JUROS DE 1% AO MÊS.				Desconto: Anuidade	
				(R\$) Multa	
				(R\$) Juros	
				(R\$) Outros Descontos	
				(R\$) Valor Cobrado	
Pagador: IONA ALVES MARTINS (CPF/CNPJ: 02415773492) AVENIDA DOM ANTONIO BRANDAO 239 BL 91 AP 909 FAROL - MACÉIO - AL CEP: 57051190				Cód. Boleto	

Código Autenticação

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação





IPAS



Hospital Regional
DR. CLODILIO
RODRIGUES DE MELO

FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Paciente:

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Senha da
Classificação

Atendimento: 635770



A0046

Data e Hora: 10/03/2017 13:00

Paciente: 193521 CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 23/09/1985 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - AMB / URG
Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DE ARAUJO Nome do Pai: LUIZ WA BAPTISTA DE ARAUJO
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: JOSE JAMES FERREIRA LISBOA JUNIOR CRM: 6489/AL
Endereço: SEQUENCIA CIA DA POLICIA MIL - CASA Bairro: XINGO
Cidade/UF: PIRAI-RJ AI Usuário Atendimento: PATRICIA TM
RG (Identidade): 077859910 RGPW/AL Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 3062251470 Fone: 06802667
CRM (Certidão de Registro de Nas): Data de Emissão CRN:

CLASSIFICAÇÃO

ENFERMEIRO(A) DA CLASSIFICAÇÃO: CLARINE ALVES SILVA
ESPECIALIDADE DA CLASSIFICAÇÃO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

QUEIXA PRINCIPAL

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA LESÃO EM MIO HA 5 HORAS ATRAZ

ALERGIAS


Assinatura do Paciente ou Responsável


CÓPIA DE PRONTUÁRIO
Data: 10/03/2017 Hora: 13:00
Folha: 01 de 01
SUS - Hospital Regional de Piraí

Paciente: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Atendimento: 00635770

Data Nasc.: 23/09/1965

Prontuário:

Sexo: MASCULINO

Data e Hora: 10/03/2017 13:00:20h

Idade: 51 Anos, 5 Meses e 15 Dias

Tipo Atendimento: URGÊNCIA

ATENDIMENTO

Data e Hora: 10/03/2017 18:12h

Classificação de Risco

Aferições: TEMP: 36 °C

Queixa Principal: PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA LESÃO EM MID HA 5 HORAS ATRAZ

Alergia:

Observações:

Enfermeiro da Classificação: CLARINE ALVES SILVA

Atendimento:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO EVOLUINDO COM LESÃO CORTO-CONTUSA + DEFORMIDADE DO HALUX DIREITO

HD:

FRATURA EXPOSTA DO HALUX DIREITO

ATENÇÃO: TODOS OS MEDICAMENTOS, PROCEDIMENTOS E EXAMES DEVERÃO SER FEITOS NAS GUIAS DE PRESCRIÇÃO, EXAME LABORATORIAL E EXAME DE IMAGEM

Conduta:

- 1- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + LAVAGEM EXAUSTIVA + SUTURA + CURATIVO
- 2- CEFALOTINA 2G, EV
- 3- SAT 01AMP, IM
- 4- SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Ass. do Médico

Dr(a): JOSE JAMES FERREIRA LISBOA JUNIOR
CRM - 6439/AL

CAIXA DE PRONTUÁRIO
Dr. José James Ferreira Lisboa Junior
R. 104
R. 104 - Centro de Saúde de Pombal

Declaração de Pagamento Efetuado

Contrato : 10217358

Titular : **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO**

C.P.F. : 004.825.147-01

Declaramos para os devidos fins que a mensalidade do(a) Sr.(a) CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO com vencimento 11/12/2019, documento número 6789720 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos) foi quitada, conforme demonstrada abaixo na Composição da cobrança, foi devidamente quitada na data de 11/12/2019 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos).

Composição da cobrança

Usuários cobrados

Código	Nome	Idade	Adesão (R\$)	Valor cobrado (R\$)
0705485.00	CARLOS ALEXANDRE BARROS DE-FIN	54	0,00	0,00
0705485.01	MATHALIA FAGUNDES DE NO-DEP	0	0,00	172,54

CNPJ: 37.135.365/0002-14
Esmale Assistência Internacional
de Saúde Ltda
Dr. Jose Milton Correia nº 110
57025-100
Maceio - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Baixado em
11/12/2019	172,54	11/12/2019	0,00	0,00	0,00	172,54	12/12/2019

Maceio, 21 de janeiro de 2020

Diretoria de Atendimento

Declaração de Pagamento Efetuado

Contrato : 10217358

Titular : **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO**

C.P.F. : 004.825.147-01

Declaramos para os devidos fins que a mensalidade do(a) Sr.(a) CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO com vencimento 11/10/2019, documento número 6698371 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos) foi quitada, conforme demonstrada abaixo na Composição da cobrança, foi devidamente quitada na data de 11/10/2019 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos).

Composição da cobrança

Usuários cobrados

Código	Nome	Idade	Adesão (R\$)	valor cobrado (R\$)
0705485.00	CARLOS ALEXANDRE BARROS DE-FIN	54	0,00	0,00*
0705485.01	NATHALIA FAGUNDES DE NO-DEP	0	0,00	172,54

* Usuário com mudança de faixa etária no vencimento.

CNPJ: 37.135.365/0002-14
Esmale Assistência Internacional
de Saúde Ltda
Rua Dr. José Milton Correia, nº 110
P.O. Box - CEP: 57025-100
Maceio - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Baixado em
11/10/2019	172,54	11/10/2019	0,00	0,00	0,00	172,54	11/10/2019

Maceio, 21 de janeiro de 2020

Diretoria de Atendimento

Declaração de Pagamento Efetuado

Contrato : 10217358

Titular : **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO**

C.P.F. : 004.825.147-01

Declaramos para os devidos fins que a mensalidade do(a) Sr.(a) CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO com vencimento 11/11/2019, documento número 6740372 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos) foi quitada, conforme demonstrada abaixo na Composição da cobrança, foi devidamente quitada na data de 11/11/2019 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos).

Composição da cobrança

Usuários cobrados

código	Nome	Idade	Adesão (R\$)	valor cobrado (R\$)
0705485.00	CARLOS ALEXANDRE BARROS DE-FIN	54	0,00	0,00
0705485.01	NATHALIA FAGUNDES DE NO-DEP	0	0,00	172,54

CNPJ: 37.135.365/0002-14
Esmales Assistencia Internacional
do Saude Ltda
Rua Dr. Jose Milton Correia, nº 110
Poco - CEP: 57025-100
Maceio - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Baixado em
11/11/2019	172,54	11/11/2019	0,00	0,00	0,00	172,54	12/11/2019

Maceio, 21 de janeiro de 2020

Diretoria de Atendimento

RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO

Relatório:

Controle evolutivo de prótese metálica total cuxofemoral, bem posicionada, sem sinais de soltura ou fragmentação.

Âncora metálica de fixação tendínea, projetada no trocanter maior.

Flebolitos pélvicos.

Demais estruturas ósseas íntegras.

Demais superfícies e espaços articulares conservados.

Assinatura

Dr. Helvio Borba de Oliveira Filho

CRM: 5738 - AL (RQE: 3582)



Centro de Diagnóstico por Imagem

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Profissão: 01260384 Idade: 54 Anos Data de Nascimento: 23/09/1967

Pedido: 0690: 41 Data de Atendimento: 06/01/2020 às 07:41

Convênio: PAZ E BEM-CLAR

At(C): DR. NILTON JOSE MELO BARROS

CRM: 4411

Data do Exame: 08/01/2020

RADIOGRAFIA DA BACIA

Relatório:

Controle evolutivo de prótese metálica total coxofemoral à direita, bem posicionada, sem sinais de soltura ou fragmentação.

Âncora metálica de fixação tendínea, projetada no trocânter maior.

Flebólitos pélvicos.

Demais estruturas ósseas íntegras.

Demais superfícies e espaços articulares conservados.

Dr. Helvio Borba de Oliveira Filho
CRM: 5738 - AL (RQE: 3582)

☎ (82) 2121-2222

📞 (82) 5879-8383

www.diagnose.com.br

📱 @diagnosecgoas

Unidade Ponta Verde | Unidade Harmony | Unidade Hospital Veredas
Unidade Farol | Unidade Hospital do Coração



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Bem Estar e Movimento

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o Sr. **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAÚJO**, portador de **OSTEOARTRITE GRAVE DO QUADRIL DIREITO POR SEQUELA DE FRATURA DO FÊMUR (BILATERAL - CID: M16.7 / T93.2)**, foi submetido a **ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL DIREITO** há 6 SEMANAS.

Encontra-se em acompanhamento ortopédico pos-operatório, com boa evolução, no entanto, a realização da cirurgia não permite a realização de atividades que impliquem em esforços moderados nem deambulação a moderadas distâncias, às custas de um desgaste precoce dos componentes da Prótese do Quadril, além do aumento do comprometimento do quadril contra-lateral.

Encontra-se APTO para dirigir do ponto de vista ortopédico, devendo no entanto utilizar veículo automático com vistas a poupar os membros inferiores acometidos e ao mesmo tempo permitir uma maior independência funcional do paciente.

Maceió, 21 de novembro de 2019

Hilton José Melo Barros
Ortopedista e Cirurgião do Quadril
CRM-AL 4411 TEST 19285

Hilton José Melo Barros
Médico ortopedista
CRM-AL 4411

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony

Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510

Fone: (81) 3235-2903 / 98862.8002 (S) - www.ortopediaspecializada.com.br

@arthros.al @arthros-ortopedia-especializada

Dr. Antônio Alício
Cirurgião de Mão e Tornozelo

Dr. Jon Mark
Cirurgião da Coluna

Dr. Luis Renato Pedrosa
Cirurgião de Coluna e Ortopedia

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião de Mão

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião de Joelho

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião do Ombro e Coluna
Medicina Esportiva

Dr. Hilton Barros
Cirurgião do Quadril

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411
RQE:2407



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Com Estar e Movimento

Maceió, 06 de novembro de 2019

Dr. Antônio Afácio
Ortopedista

Dr. Jon Mark
Ortopedista

Dr. Luís Renato Pedrosa
Ortopedista

Dr. Rainaldo Araújo
Ortopedista

Dr. Rogério Nascimento
Ortopedista

Dr. Hélio Ribeiro
Ortopedista

Dr. Hilton Barros
Ortopedista

Procedimento: ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL DIREITO

Cirurgião: Hilton Barros

Hospital: Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Agendado para: 08/11/2019 *Ag 14:00h*

ANTES DA CIRURGIA:

- Reserva de sangue no Banco de Sangue da Santa Casa (2123-6098)

- Consulta pré-anestésica = agendar (CAM: 3326-7488) - 3222-2322

- Confirmar marcação e autorização (Setor de Internação - Santa Casa) - 3352

NO DIA DA CIRURGIA:

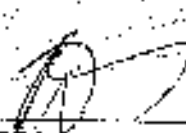
- Levar TODOS os exames pré-operatórios (INCLUSIVE RADIOGRAFIAS)

- Internar às 8:00h da manhã

- Jejum de 08 horas antes da cirurgia

- Levar itens para uso no pós-operatório imediato:

- 1 par de muletas canadenses
- Meias elásticas anti-trombo (meia-coxa)


HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM-AL 4411

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411
RQE:2407

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510
Fone: (82) 3235-2973 / 98462.8002 @ - www.ortopediaepecializada.com.br
@arthros.al | #arthros-ortopedia-especializada



RUA DIAS CABRAL, S/N, CENTRO
MACEIO - ALAGOAS
CEP 57070360 CNPJ 12.507187/0001-50
FONE: (82) 2123 6000

RECEITUÁRIO

MACEIO, 09 de NOVEMBRO DE 2019

CARLOS ALEXANDRE BARROS ARAUJO

R/

USO ORAL

1) INSIT 75mg C ✓

1 caixa

Tomar 1 comprimido VO de 12/12H POR 30 DIAS


HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM-AL 4411

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM-AL 4411



RUA DIAS CABRAL, S/N, CENTRO
MACEIÓ - ALAGOAS
CEP 570360 CNPJ 17807187/0001-50
FONE: (82) 7123 5000

MACEIÓ, 09 de NOVEMBRO DE 2019

CARLOS ALEXANDRE BARROS ARAUJO

R/

USO ORAL

1) XARELTO 10mg ^N

30 COMP

Tomar 1 comprimido VO 1 vez ao dia por 30 dias

2) NOVALGINA 1g ✓

1 CAIXA

apresentar dor

Tomar 1 comprimido de 6/6 horas enquanto

3) NAUSEDRON ✓

1 CAIXA

Tomar 1 comprimido por VIA ORAL de 8/8h SE
APRESENTAR NÁUSEAS OU VÔMITOS

4) PANTOCAL 40mg ✓

1 CAIXA

manhã em jejum

Tomar 1 comprimido por VIA ORAL 1 vez ao dia pela

Hilton José Melo Barros
Médico Ortopedista
CRMAL 4411

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRMAL 4411



ARTHROS
ORTOPEDIA ESPECIALIZADA
Boa Espera e Movimento
RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Antônio Alcino
Cirurgião de Mão e Punho

Dr. Jon Mark
Cirurgião de Mão

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

Dr. Luis Renato Pedreira
Cirurgião Ortopedista

NSIT 75mg

1 CAIXA

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião de Mão

Tomar 1 comp VO de 12/12h

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião Ortopedista

Hilton José Melo Barros
Cirurgião de Mão e Punho
CRM/AL 4411 TEST 10265

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião de Mão e Punho
Medicina Esportiva

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA
CRM/AL 4411

Dr. Hilton Barros
Cirurgião de Mão e Punho

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411
RQE:2407

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510
Fone: (82) 3235-2913 / 98862.8002 (S) - www.ortopediaspecializada.com.br
@arthros.al 17 ganhos-ortopedia-especializada



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Bom Estar e Movimento

RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Antônio Afêio
Cirurgião de Mão, Tornozelo

Dr. Jon Mark
Cirurgião de Coluna

Dr. Luis Renato Pedrosa
Cirurgião Ortopédico Traumatista

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião de Mão

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião de Coluna

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião de Unão e Tornozelo
Medicina Esportiva

Dr. Hilton Barros
Cirurgião de Quadril

P/ CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

CLONAZEPAN gts 1 VO

Tomar 5 gotas VO à noite

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA
CRM/AL 4411

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411
RQE:2407

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ld. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510
Fone: (84) 3235.2913 / 98162.8002 @ - www.ortopediaespecializada.com.br
@arthros.al @arthros-ortopedia-especializada



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Bem Estar e Maximizar

RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Antônio Alício
Cirurgião de Mão e Punho

Dr. Jon Mark
Cirurgião de Mão

Dr. Luís Renato Pedrosa
Cirurgia Oncológica - Ortopedia

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião de Mão

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião de Ombro e Cotovelo
Medicina Esportiva

Dr. Hilton Barros
Cirurgião de Quadril

P/ CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

CITONEURIM 5000

1 CAIXA

Tomar 1 comp VO de 8/8h

Hilton José Melo Barros
Ortopedista - Cirurgião de Quadril
CRM-AL 4411 - E0113265

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA
CRM/AL 4411

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411
RQE: 2407

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510
Fone: (82) 3235-2903 / 98862.8002 (5) - www.ortopediaspecializada.com.br
@arthros.al | @arthros-ortopedia-especializada



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Bem-Estar e Movimento

Dr. André de Araújo
Ortopedista

Dr. Heliomar de
Oliveira
Ortopedista

Dr. Ruy de
Oliveira
Ortopedista

Dr. Ruy de
Oliveira
Ortopedista

Dr. Ruy de
Oliveira
Ortopedista

Dr. Ruy de
Oliveira
Ortopedista

Dr. Ruy de
Oliveira
Ortopedista

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE
MAGDO

R

USO OAR

OXYCONTIN

10mg

2ck

1 cp (VO) 12/12h

28/10/19

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-500
Fone: (82) 3235.2973 / 9862.8002 (D) - www.ortopediaspecializada.com.br
@arthros.al @arthros-ortopedia-especializada



ARTHROS
ORTOPEDIA ESPECIALIZADA
Bem-Estar e Movimento
RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Antônio Alicio
Cirurgião de Mão e Tornozelo

Dr. Jon Mark
Cirurgião de Coluna

P/ CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

Dr. Luis Renato Portosa
Cirurgia Ortopédica Ortopedia

NSIT 75mg

1 CAIXA

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião de Mão

Tomar 1 comp VO pela manhã e 2 comprimidos VO à
noite

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião de Juntos

Hilton José Melo Barros
Ortopedia - Cirurgião de Quadril
CRM-AL 4411-TEOT 11255

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião de Ortopedia - Cirurgião
de Membros Superiores

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA
CRM/AL 4411

Dr. Hilton Barros
Cirurgião de Quadril

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411
RQE:2407

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 403 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510
Fone: (82) 3235.2913 / 98162.8002 @ - www.ortopediaspecializada.com.br
@arthros.al @arthros-ortopedia-especializada



RUA DIAS CAVALCANTE, 574, CENTRO
MACEIÓ - ALAGOAS
CEP 57020300 CNPJ 12937187/0001-50
FONE: (82) 2123 6000

RECEITUÁRIO

MACEIÓ, 09 de NOVEMBRO DE 2019

CARLOS ALEXANDRE BARROS ARAUJO

R/

USO ORAL

1) CODEX 30mg

1 caixa

Tomar 1 comprimido VO de 8/8H SE APRESENTAR DOR INTENSA

Hilton José Melo Barros
Ortopedista Especialista em Ortopedia
CRM-AL 15.041.1507-10245

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM/AL 15111

Dr. Antônio Alicio
Cirurgia do Pé e Tornozelo

Dr. Jon Mark
Cirurgia da Coluna

Dr. Luís Renato Pedrosa
Cirurgia Oncológica Ortopédica

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgia da Mão

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgia do Joelho

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
Medicina Esportiva

Dr. Hilton Barros
Cirurgia do Quadril

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411
RQE:2407



ARTHROS
ORTOPEDIA ESPECIALIZADA
Bem Estar e Movimento

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o Sr. **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAÚJO**, com histórico de acidente de trânsito em 2017, apresentou quadro de **OSTEONECROSE DA CABEÇA FEMORAL DIREITA COM OSTEOARTRITE GRAVE SECUNDÁRIA**.

Foi submetido a **ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL DIREITO** em 08/11/2019, procedimento cirúrgico em que se realiza **RESSECÇÃO DA CABEÇA FEMORAL e SUBSTITUIÇÃO POR PRÓTESE ARTICULAR INTERNA**, tratando-se portanto de uma **AMPUTAÇÃO INTERNA DO QUADRIL COM SUBSTITUIÇÃO PROTÉTICA**, de tal modo que a condição se trata de **sequela permanente**.

Encontra-se em acompanhamento ortopédico pós-operatório, devendo manter seguimento médico ortopédico por toda a vida, visando acompanhar durabilidade da prótese e condição funcional. Apesar de importante para a condição prévia de dor e incapacidade decorrente da osteonecrose, a realização da cirurgia de artroplastia não permite a realização de atividades que impliquem em esforços moderados nem deambulação a moderadas distâncias, às custas de um desgaste precoce dos componentes da Prótese do Quadril, além do aumento do comprometimento do quadril contralateral. Há ainda o risco de luxação da prótese, decorrente da instabilidade própria das artroplastias, de modo que atividades com agachamento ou cruzar as pernas implicam em maior risco. Deste modo, consideramos a condição de incapacidade como irreversível, com **perda funcional moderada para os membros inferiores**.

Assinatura Digital:

HILTON JOSE MELO
BARROS:03068952425

Assinado de forma digital por
HILTON JOSE MELO
BARROS:03068952425
Dados: 2020.04.15 11:09:40 -03'00'

HILTON JOSÉ MELO BARROS
CRM AL: 4411

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510
Fone: (82) 3235.2913 / 98162.8002 ☎ - www.ortopediaespecializada.com.br
📷 @arthros.al 📺 @arthros-ortopedia-especializada



IPAS



Hospital Regional
DR. CLODILIO
RODRIGUES DE MELO

FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Paciente:

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Senha da
Classificação

Atendimento: 635770



A0046

Data e Hora: 10/03/2017 13:00

Paciente: 193521 CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 23/09/1985 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - AMB / URG
Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DE ARAUJO Nome do Pai: LUIZ WA BAPTISTA DE ARAUJO
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: JOSE JAMES FERREIRA LISBOA JUNIOR CRM: 6489/AL
Endereço: SEQUENCIA CIA DA POLICIA MIL - CASA Bairro: XINGO
Cidade/UF: PIRAI-RJ AI Usuário Atendimento: PATRICIA TM
RG (Identidade): 077859910 RGPW/AL Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 3062251470 Fone: 06802667
CRM (Certidão de Registro de Nas): Data de Emissão CRN:

CLASSIFICAÇÃO

ENFERMEIRO(A) DA CLASSIFICAÇÃO: CLARINE ALVES SILVA
ESPECIALIDADE DA CLASSIFICAÇÃO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

QUEIXA PRINCIPAL

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA LESÃO EM MIO HA 5 HORAS ATRAZ

ALERGIAS


Assinatura do Paciente ou Responsável


CÓPIA DE PRONTUÁRIO
Data: 10/03/2017 Hora: 13:00
Folha: 01 de 02
SUS - Hospital Regional de Piraí

Paciente: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Atendimento: 00635770

Data Nasc.: 23/09/1965

Prontuário:

Sexo: MASCULINO

Data e Hora: 10/03/2017 13:00:20h

Idade: 51 Anos, 5 Meses e 15 Dias

Tipo Atendimento: URGÊNCIA

ATENDIMENTO

Data e Hora: 10/03/2017 18:12h

Classificação de Risco

Aferições: TEMP: 36 °C

Queixa Principal: PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA LESÃO EM MID HA 5 HORAS ATRAZ

Alergia:

Observações:

Enfermeiro da Classificação: CLARINE ALVES SILVA

Atendimento:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO EVOLUINDO COM LESÃO CORTO-CONTUSA + DEFORMIDADE DO HALUX DIREITO

HD:

FRATURA EXPOSTA DO HALUX DIREITO

ATENÇÃO: TODOS OS MEDICAMENTOS, PROCEDIMENTOS E EXAMES DEVERÃO SER FEITOS NAS GUIAS DE PRESCRIÇÃO, EXAME LABORATORIAL E EXAME DE IMAGEM

Conduta:

- 1- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + LAVAGEM EXAUSTIVA + SUTURA + CURATIVO
- 2- CEFALOTINA 2G, EV
- 3- SAT 01AMP, IM
- 4- SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Ass. do Médico

Dr(a): JOSE JAMES FERREIRA LISBOA JUNIOR
CRM - 6439/AL

CAIXA DE PRONTUÁRIO
Dr. José James Ferreira Lisboa Junior
R. 104 - Centro de Saúde de Pombal
Pombal - PB

Declaração de Pagamento Efetuado

Contrato : 10217358

Titular : **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO**

C.P.F. : 004.825.147-01

Declaramos para os devidos fins que a mensalidade do(a) Sr.(a) CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO com vencimento 11/12/2019, documento número 6789720 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos) foi quitada, conforme demonstrada abaixo na Composição da cobrança, foi devidamente quitada na data de 11/12/2019 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos).

Composição da cobrança

Usuários cobrados

Código	Nome	Idade	Adesão (R\$)	Valor cobrado (R\$)
0705485.00	CARLOS ALEXANDRE BARROS DE-FIN	54	0,00	0,00
0705485.01	MATHALIA FAGUNDES DE NO-DEP	0	0,00	172,54

CNPJ: 37.135.365/0002-14
Esmale Assistência Internacional
de Saúde Ltda
Dr. Jose Milton Correia nº 110
57025-100
Maceio - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Baixado em
11/12/2019	172,54	11/12/2019	0,00	0,00	0,00	172,54	12/12/2019

Maceio, 21 de janeiro de 2020

Diretoria de Atendimento

Declaração de Pagamento Efetuado

Contrato : 10217358

Titular : **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO**

C.P.F. : 004.825.147-01

Declaramos para os devidos fins que a mensalidade do(a) Sr.(a) **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO** com vencimento 11/10/2019, documento número 6698371 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos) foi quitada, conforme demonstrada abaixo na Composição da cobrança, foi devidamente quitada na data de 11/10/2019 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos).

Composição da cobrança

Usuários cobrados

Código	Nome	Idade	Adesão (R\$)	valor cobrado (R\$)
0705485.00	CARLOS ALEXANDRE BARROS DE-FIN	54	0,00	0,00*
0705485.01	NATHALIA FAGUNDES DE NO-DEP	0	0,00	172,54

* Usuário com mudança de faixa etária no vencimento.

CNPJ: 37.135.365/0002-14
Esmale Assistência Internacional
de Saúde Ltda
 Rua Dr. José Milton Correia, nº 110
 POÇO - CEP: 57025-100
 Maceio - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Baixado em
11/10/2019	172,54	11/10/2019	0,00	0,00	0,00	172,54	11/10/2019

Maceio, 21 de janeiro de 2020

Diretoria de Atendimento

Declaração de Pagamento Efetuado

Contrato : 10217358

Titular : **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO**

C.P.F. : 004.825.147-01

Declaramos para os devidos fins que a mensalidade do(a) Sr.(a) CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO com vencimento 11/11/2019, documento número 6740372 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos) foi quitada, conforme demonstrada abaixo na Composição da cobrança, foi devidamente quitada na data de 11/11/2019 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos).

Composição da cobrança

Usuários cobrados

código	Nome	Idade	Adesão (R\$)	valor cobrado (R\$)
0705485.00	CARLOS ALEXANDRE BARROS DE-FIN	54	0,00	0,00
0705485.01	NATHALIA FAGUNDES DE NO-DEP	0	0,00	172,54

CNPJ: 37.135.365/0002-14
Esmales Assistência Internacional
do Saúde LTDA
Rua Dr. José Milton Correia, nº 110
P.O. Box 57025-100
Maceio - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Baixado em
11/11/2019	172,54	11/11/2019	0,00	0,00	0,00	172,54	12/11/2019

Maceio, 21 de janeiro de 2020

Diretoria de Atendimento

RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO

Relatório:

Controle evolutivo de prótese metálica total cuxofemoral, bem posicionada, sem sinais de soltura ou fragmentação.

Âncora metálica de fixação tendínea, projetada no trocanter maior.

Flebolitos pélvicos.

Demais estruturas ósseas íntegras.

Demais superfícies e espaços articulares conservados.

Assinatura

Dr. Helvio Borba de Oliveira Filho

CRM: 5738 - AL (RQE: 3582)



Centro de Diagnóstico por Imagem

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Profissão: 01260384 Idade: 54 Anos Data de Nascimento: 23/09/1967

Pedido: 0690: 41 Data de Atendimento: 06/01/2020 às 07:41

Convênio: PAZ E BOM DIA

At(C): NELSON JOSE MELO BARROS

CRM: 4411

Data do Exame: 08/01/2020

RADIOGRAFIA DA BACIA

Relatório:

Controle evolutivo de prótese metálica total coxofemoral à direita, bem posicionada, sem sinais de soltura ou fragmentação.

Âncora metálica de fixação tendínea, projetada no trocânter maior.

Flebólitos pélvicos.

Demais estruturas ósseas íntegras.

Demais superfícies e espaços articulares conservados.

Dr. Helvio Borba de Oliveira Filho
CRM: 5738 - AL (RQE: 3582)

☎ (82) 2121-2222

📞 (82) 5879-8383

www.diagnose.com.br

📱 @diagnosecgoas

Unidade Ponta Verde | Unidade Harmony | Unidade Hospital Veredas
Unidade Farol | Unidade Hospital do Coração



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Bem Estar e Movimento

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o Sr. **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAÚJO**, portador de **OSTEOARTRITE GRAVE DO QUADRIL DIREITO POR SEQUELA DE FRATURA DO FÊMUR (BILATERAL - CID: M16.7 / T93.2)**, foi submetido a **ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL DIREITO** há 6 SEMANAS.

Encontra-se em acompanhamento ortopédico pos-operatório, com boa evolução, no entanto, a realização da cirurgia não permite a realização de atividades que impliquem em esforços moderados nem deambulação a moderadas distâncias, às custas de um desgaste precoce dos componentes da Prótese do Quadril, além do aumento do comprometimento do quadril contra-lateral.

Encontra-se APTO para dirigir do ponto de vista ortopédico, devendo no entanto utilizar veículo automático com vistas a poupar os membros inferiores acometidos e ao mesmo tempo permitir uma maior independência funcional do paciente.

Maceió, 21 de novembro de 2019

Hilton José Melo Barros
Ortopedista e Cirurgião do Quadril
CRM-AL 4411 TEST 19285

Hilton José Melo Barros
Médico ortopedista
CRM-AL 4411

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony

Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510

Fone: (82) 3235-2903 / 98862.8002 (S) - www.ortopediaspecializada.com.br

@arthros.al @arthros-ortopedia-especializada

Dr. Antônio Alício
Cirurgião de Mão e Tornozelo

Dr. Jon Mark
Cirurgião da Coluna

Dr. Luis Renato Pedrosa
Cirurgião de Coluna e Ortopedia

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião de Mão

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião de Joelho

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião do Ombro e Cotovelo
Medicina Esportiva

Dr. Hilton Barros
Cirurgião do Quadril

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411
RQE:2407



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Com Estar e Movimento

Maceió, 06 de novembro de 2019

Dr. Antônio Afácio
Ortopedia do Pé e Tornozelo

Dr. Jon Mark
Cirurgião do Cotovelo

Dr. Luís Renato Pedrosa
Cirurgião Ortopédico Geral e Pé

Dr. Rainaldo Araújo
Cirurgião de Mão

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião de Jato

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião de Ombro e Cotovelo
Medicina Esportiva

Dr. Hilton Barros
Cirurgião do Quadril

Procedimento: ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL DIREITO

Cirurgião: Hilton Barros

Hospital: Santa Casa de Misericórdia de Maceió

Agendado para: 08/11/2019 *As 14:00h*

ANTES DA CIRURGIA:

- Reserva de sangue no Banco de Sangue da Santa Casa (2123-6098)

- Consulta pré-anestésica = agendar (CAM: 3326-7488) - 3 22 2 - 2 3 2 2

- Confirmar marcação e autorização (Setor de Internação - 11 - 23 52 Santa Casa)

NO DIA DA CIRURGIA:

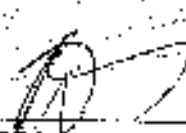
- Levar TODOS os exames pré-operatórios (INCLUSIVE RADIOGRAFIAS)

- Internar às 8:00h da manhã

- Jejum de 08 horas antes da cirurgia

- Levar itens para uso no pós-operatório imediato:

- 1 par de muletas canadenses
- Meias elásticas anti-trombo (meia-coxa)


HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM-AL 4411

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411
RQE:2407

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510
Fone: (82) 3235-2973 / 98462.8002 @ - www.ortopediaepecializada.com.br
@arthros.al f arthros-ortopedia-especializada



RUA DIAS CABRAL, S/N, CENTRO
MACEIO - ALAGOAS
CEP 57070360 CNPJ 12.507187/0001-50
FONE: (82) 2123 6000

RECEITUÁRIO

MACEIO, 09 de NOVEMBRO DE 2019

CARLOS ALEXANDRE BARROS ARAUJO

R/

USO ORAL

1) INSIT 75mg C ✓

1 caixa

Tomar 1 comprimido VO de 12/12H POR 30 DIAS


HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM-AL 4411

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM-AL 4411



RUA DIAS CABRAL, S/N, CENTRO
MACEIÓ - ALAGOAS
CEP 570360 CNPJ 17807187/0001-50
FONE: (82) 7123 5000

MACEIÓ, 09 de NOVEMBRO DE 2019

CARLOS ALEXANDRE BARROS ARAUJO

R/

USO ORAL

1) XARELTO 10mg ^N

30 COMP

Tomar 1 comprimido VO 1 vez ao dia por 30 dias

2) NOVALGINA 1g ✓

1 CAIXA

apresentar dor

Tomar 1 comprimido de 6/6 horas enquanto

3) NAUSEDRON ✓

1 CAIXA

Tomar 1 comprimido por VIA ORAL de 8/8h SE
APRESENTAR NÁUSEAS OU VÔMITOS

4) PANTOCAL 40mg ✓

1 CAIXA

manhã em jejum

Tomar 1 comprimido por VIA ORAL 1 vez ao dia pela

Hilton José Melo Barros
Médico Ortopedista
CRMAL 4411

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRMAL 4411



ARTHROS
ORTOPEDIA ESPECIALIZADA
Boa Espera e Movimento
RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Antônio Alcino
Cirurgião de Mão e Punho

Dr. Jon Mark
Cirurgião de Mão

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

Dr. Luis Renato Pedreira
Cirurgião Ortopedista

NSIT 75mg

1 CAIXA

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião de Mão

Tomar 1 comp VO de 12/12h

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião Ortopedista

Hilton José Melo Barros
Cirurgião de Mão e Punho
CRM/AL 4411 TEST 10265

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião de Mão e Punho
Medicina Esportiva

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA
CRM/AL 4411

Dr. Hilton Barros
Cirurgião de Mão e Punho

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411
RQE:2407

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510
Fone: (82) 3235-2913 / 98862.8002 (S) - www.ortopediaspecializada.com.br
@arthros.al | [arthros.al](https://www.instagram.com/arthros.al) | [arthros.al](https://www.facebook.com/arthros.al) | [arthros.al](https://www.linkedin.com/company/arthros-al)



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Bom Estado e Movimento

RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Antônio Afêcio
Cirurgião de Mão, Tornozelo

Dr. Jon Mark
Cirurgião de Coluna

Dr. Luis Renato Pedrosa
Cirurgião Ortopédico Traumatista

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião de Mão

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião de Coluna

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião de Unão e Coluna
Medicina Esportiva

Dr. Hilton Barros
Cirurgião de Coluna

P/ CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

CLONAZEPAN gts 1 VO

Tomar 5 gotas VO à noite

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA
CRM/AL 4411

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411
RQE:2407

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ld. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510
Fone: (84) 3235.2913 / 98162.8002 @ - www.ortopediaespecializada.com.br
@arthros.al @arthros-ortopedia-especializada



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Bem Estar e Maximizar

RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Antônio Alício
Cirurgião de Mão e Punho

Dr. Jon Mark
Cirurgião de Mão

P/ CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

Dr. Luís Renato Pedrosa
Cirurgia Oncológica - Ortopedia

CITONEURIM 5000

1 CAIXA

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião de Mão

Tomar 1 comp VO de 8/8h

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião de Joelho

Hilton José Melo Barros
Ortopedista - Cirurgião de Mão
CRM-AL 4411 - E0113265

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião de Ombro e Cotovelo
Medicina Esportiva

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA
CRM/AL 4411

Dr. Hilton Barros
Cirurgião de Quadril

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411
RQE: 2407

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510
Fone: (82) 3235-2903 / 98862.8002 (5) - www.ortopediaspecializada.com.br
@arthros.al | @arthros-ortopedia-especializada



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Bem-Estar e Movimento

Dr. André de Araújo
Ortopedista

Dr. Hellen de Almeida
Ortopedista

Dr. Rômulo de
Almeida

Dr. João Luiz
Ortopedista

Dr. Fábio Augusto de Almeida
Ortopedista

Dr. Raimundo de Araújo
Ortopedista

Dr. Rogério de Almeida
Ortopedista

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE
MAGDO

R

USO OAR

OXYCONTIN

10mg

2cx

1 cp (VO) 12/12h

28/10/19

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-500
Fone: (82) 3235.2973 / 9862.8002 (D) - www.ortopediaspecializada.com.br
@arthros.al @arthros-ortopedia-especializada



ARTHROS
ORTOPEDIA ESPECIALIZADA
Bem-Estar e Movimento
RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Antônio Aício
Cirurgião de Mão e Braço

Dr. Jon Mark
Cirurgião de Coluna

P/ CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

Dr. Luis Renato Portosa
Cirurgião Ortopédico Traumatologista

NSIT 75mg

1 CAIXA

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião de Mão

Tomar 1 comp VO pela manhã e 2 comprimidos VO à
noite

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião de Juntos

Hilton José Melo Barros
Ortopedia - Cirurgião de Quadril
CRM-AL 4411 TEOT 11255

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião de Ortopedia - Cirurgião
de Membros Superiores

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO TRAUMATO-ORTOPEDISTA
CRM/AL 4411

Dr. Hilton Barros
Cirurgião de Quadril

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL: 4411
RQE:2407

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 403 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510
Fone: (82) 3235.2913 / 98162.8002 @ - www.ortopediaspecializada.com.br
@arthros.al @arthros-ortopedia-especializada



RUA DIAS CAVALCANTE, 574, CENTRO
MACEIÓ - ALAGOAS
CEP 57020300 CNPJ 12937187/0001-50
FONE: (82) 2123 6000

RECEITUÁRIO

MACEIÓ, 09 de NOVEMBRO DE 2019

CARLOS ALEXANDRE BARROS ARAUJO

R/

USO ORAL

1) CODEX 30mg

1 caixa

Tomar 1 comprimido VO de 8/8H SE APRESENTAR DOR INTENSA

Hilton José Melo Barros
Ortopedista Especialista em Ortopedia
CRM-AL 15.041.1507-10245

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM/AL 15111



IPAS



Hospital Regional
DR. CLODILIO
RODRIGUES DE MELO

FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Paciente:

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Senha da
Classificação

Atendimento: 635770



A0046

Data e Hora: 10/03/2017 13:00

Paciente: 193521 CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 23/09/1985 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - AMB / URG
Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DE ARAUJO Nome do Pai: LUIZ WA BAPTISTA DE ARAUJO
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: JOSE JAMES FERREIRA LISBOA JUNIOR CRM: 6489/AL
Endereço: SEQUENCIA CIA DA POLICIA MIL - CASA Bairro: XINGO
Cidade/UF: PIRAÍ - RJ Usuário Atendimento: PATRICIA TM
RG (Identidade): 077859910 RGPW/AL Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 3062251470 Fone: 06802667
CRM (Certidão de Registro de Nas): Data de Emissão CRN:

CLASSIFICAÇÃO

ENFERMEIRO(A) DA CLASSIFICAÇÃO: CLARINE ALVES SILVA
ESPECIALIDADE DA CLASSIFICAÇÃO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

QUEIXA PRINCIPAL

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA LESÃO EM MIO HA 5 HORAS ATRAZ

ALERGIA:


Assinatura do Paciente ou Responsável


CÓPIA DE PRONTUÁRIO
Data: 10/03/2017 Hora: 13:00
Folha: 01 de 01
SUS - Hospital Regional de Piraí

Paciente: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Atendimento: 00635770

Data Nasc.: 23/09/1965

Prontuário:

Sexo: MASCULINO

Data e Hora: 10/03/2017 13:00:20h

Idade: 51 Anos, 5 Meses e 15 Dias

Tipo Atendimento: URGÊNCIA

ATENDIMENTO

Data e Hora: 10/03/2017 18:12h

Classificação de Risco

Aferições: TEMP: 36 °C

Queixa Principal: PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA LESÃO EM MID HA 5 HORAS ATRAZ

Alergia:

Observações:

Enfermeiro da Classificação: CLARINE ALVES SILVA

Atendimento:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO EVOLUINDO COM LESÃO CORTO-CONTUSA + DEFORMIDADE DO HALUX DIREITO

HD:

FRATURA EXPOSTA DO HALUX DIREITO

ATENÇÃO: TODOS OS MEDICAMENTOS, PROCEDIMENTOS E EXAMES DEVERÃO SER FEITOS NAS GUIAS DE PRESCRIÇÃO, EXAME LABORATORIAL E EXAME DE IMAGEM

Conduta:

- 1- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + LAVAGEM EXAUSTIVA + SUTURA + CURATIVO
- 2- CEFALOTINA 2G, EV
- 3- SAT 01AMP, IM
- 4- SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Ass. do Médico

Dr(a): JOSE JAMES FERREIRA LISBOA JUNIOR
CRM - 6439/AL

CAIXA DE PRONTUÁRIO
Dr. José James Ferreira Lisboa Junior
R. 104 - Centro de Saúde de Pombal

Declaração de Pagamento Efetuado

Contrato : 10217358

Titular : **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO**

C.P.F. : 004.825.147-01

Declaramos para os devidos fins que a mensalidade do(a) Sr.(a) CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO com vencimento 11/12/2019, documento número 6789720 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos) foi quitada, conforme demonstrada abaixo na Composição da cobrança, foi devidamente quitada na data de 11/12/2019 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos).

Composição da cobrança

Usuários cobrados

Código	Nome	Idade	Adesão (R\$)	Valor cobrado (R\$)
0705485.00	CARLOS ALEXANDRE BARROS DE-FIN	54	0,00	0,00
0705485.01	MATHALIA FAGUNDES DE NO-DEP	0	0,00	172,54

CNPJ: 37.135.365/0002-14
Esmales Assistencia Internacional
de Saude Ltda
Dr. Jose Milton Correia nº 110
57025-100
MACEIO - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Baixado em
11/12/2019	172,54	11/12/2019	0,00	0,00	0,00	172,54	12/12/2019

Maceio, 21 de janeiro de 2020

Diretoria de Atendimento

Declaração de Pagamento Efetuado

Contrato : 10217358

Titular : **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO**

C.P.F. : 004.825.147-01

Declaramos para os devidos fins que a mensalidade do(a) Sr.(a) **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO** com vencimento 11/10/2019, documento número 6698371 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos) foi quitada, conforme demonstrada abaixo na Composição da cobrança, foi devidamente quitada na data de 11/10/2019 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos).

Composição da cobrança

Usuários cobrados

Código	Nome	Idade	Adesão (R\$)	valor cobrado (R\$)
0705485.00	CARLOS ALEXANDRE BARROS DE-FIN	54	0,00	0,00*
0705485.01	NATHALIA FAGUNDES DE NO-DEP	0	0,00	172,54

* Usuário com mudança de faixa etária no vencimento.

CNPJ: 37.135.365/0002-14
Esmale Assistência Internacional
de Saúde Ltda
 Rua Dr. José Milton Correia, nº 110
 POÇO - CEP: 57025-100
 Maceio - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Baixado em
11/10/2019	172,54	11/10/2019	0,00	0,00	0,00	172,54	11/10/2019

Maceio, 21 de janeiro de 2020

Diretoria de Atendimento

Declaração de Pagamento Efetuado

Contrato : 10217358

Titular : **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO**

C.P.F. : 004.825.147-01

Declaramos para os devidos fins que a mensalidade do(a) Sr.(a) CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO com vencimento 11/11/2019, documento número 6740372 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos) foi quitada, conforme demonstrada abaixo na Composição da cobrança, foi devidamente quitada na data de 11/11/2019 no valor de R\$ 172,54 (Cento e setenta e dois reais e cinquenta e quatro centavos).

Composição da cobrança

Usuários cobrados

código	Nome	Idade	Adesão (R\$)	valor cobrado (R\$)
0705485.00	CARLOS ALEXANDRE BARROS DE-FIN	54	0,00	0,00
0705485.01	NATHALIA FAGUNDES DE NO-DEP	0	0,00	172,54

CNPJ: 37.135.365/0002-14
Esmales Assistência Internacional
do Saúde LTDA
Rua Dr. José Milton Correia, nº 110
P.O. Box 57025-100
Maceio - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Baixado em
11/11/2019	172,54	11/11/2019	0,00	0,00	0,00	172,54	12/11/2019

Maceio, 21 de janeiro de 2020

Diretoria de Atendimento