

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
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

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05469634034

VALIDADE

06/08/2021

1ª HABILITAÇÃO

17/04/2012

OBSERVAÇÕES

A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

MACEDO, ALAGOAS

DATA EMISSÃO

08/08/2016

Antonio Carlos Gouveia

Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

60888218644

AL017764637

PROIBIDO PLASTIFICAR

1298341166

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

FE PÚBLICA EM TODO 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

VALIDADE

02.03.2020

NOME CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAÚJO
30 SARGENTO PM 004.825.147-01

POSTO QU GRADUAÇÃO

CPFN°

Assinatura do Identificado

ASSINATURA DO IDENTIFICADO

CEPULA DE IDENTIDADE

ESTADO DE ALAGOAS
FILIAÇÃO Djalma Baptista de Araújo IS "A"
Maria Aparecida Barros de Araújo FPN EG

NATURALIDADE

Maceió-AL.

V-4444

DN

PIBAPER

FO

I-4444

23.09.1965 1.220.543.009-4
REGISTRO DE Nascimento nº 122.355
Liv. nº A-138 Fls. nº 16v
Comarca Maceio-AL.
RGC:085234193/SSP-RJ.

POLEGAR DIREITO

Maceió-AL, 02 de março 2015

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

Washington Brinckourt M. de Araújo

ASSUNTO: DATA DA AUTORIDADE EXPEDIDORA

TCPM-RGPM C2.061-988

Assinatura

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 TRÂNSITO
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

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05469634034

VALIDADE

06/08/2021

1ª HABILITAÇÃO

17/04/2012

OBSERVAÇÕES

A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

MACEDO, ALAGOAS

DATA EMISSÃO

08/08/2016

Antonio Carlos Gouveia

Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

60888218644

AL017764637

PROIBIDO PLASTIFICAR

1298341166



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - AL CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 009179338426 2014

JOSE CARLOS ARAUJO DE AMORIM

2014

ASL-0091288/20

2014

17/04/2020 09:49:16

2014

17/04/2020 09:49:16

2014

17/04/2020 09:49:16

2014

17/04/2020 09:49:16

2014

17/04/2020 09:49:16

2014

17/04/2020 09:49:16

2014

17/04/2020 09:49:16

2014

17/04/2020 09:49:16

2014

17/04/2020 09:49:16

2014

17/04/2020 09:49:16

2014

17/04/2020 09:49:16

2014

17/04/2020 09:49:16

2014

SEGURO DE RISGOS DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU PÓS-SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

AL N° 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.dpvatseguradotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

27/04/2020 09:49:16

27/04/2020 09:49:16

27/04/2020 09:49:16

27/04/2020 09:49:16

27/04/2020 09:49:16

27/04/2020 09:49:16

27/04/2020 09:49:16

27/04/2020 09:49:16

27/04/2020 09:49:16

27/04/2020 09:49:16

27/04/2020 09:49:16

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CBUJ 09-248448001-04

www.seguradoralider.com.br

27/04/2020 09:49:16

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

2014

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

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 PREVIDÊNCIA 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 da indenização, acesse www.dpvtseguro.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

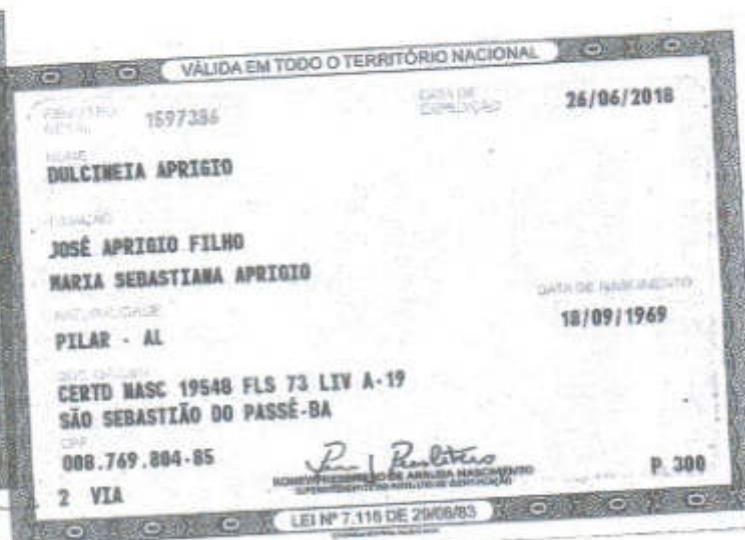
Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA
CPF: 091.128.924-08


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



00 505



RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS

Se o ato é feito nos
Gabinetes de Seguro 27ve1

IDENTIFICAÇÃO DO VÍTIMA

ASL: 0123033/20

Vítima: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

CPF: 004.825.147-01

CPF do: Próprio

Data do acidente: 10/03/2017

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS PRESENTADOS

Sinistro

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

IONA ALVES MARTINS: 024.157.734-92

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Provação

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO: 004.825.147-01

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

INFORMAÇÃO

O prazo para o pagamento de indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação do documento completo. Para informações sobre o Seguro, entre em consulta do andamento de processo de indenização, acesse o site www.companhia.vtex.com.br ou ligue para o Centro de Atendimento ao Cliente, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h: 0800-3590-3596 (Região Sudeste e Sul) ou 0800-3590-004 (Outras Regiões). Para receber outras sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800-022.8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 30.000,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de indenização prevista na lei 6.294/70.

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

Receptor do documento: IONA ALVES MARTINS

Responsável pelo cadastramento: JOAO LUTZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

Data da apresentação: 27/04/2020

Nome: IONA ALVES MARTINS

CPF: 024.157.734-92

Data do cadastramento: 27/04/2020

Nome: JOAO LUTZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

CPF: 091.128.924-00

IONA ALVES MARTINS

JOAO LUTZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

Procuração

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

1. Outorgante Carlos Alexandre Barros Araújo

portador(a) do documento de identidade nº 037859930, expedido por R 6 PM/AL, em
02/03/2015 inscrito no CPF sob o nº 004 825 1417 - 01, residente na
Fláviaenidermano Reis nº 305
complemento Bloco 05 AP 0008, Bairro Santa Ifigênia, Brasília, DF,
Marcio, Estado DF.

2. Outorgado José Alves Vazquez

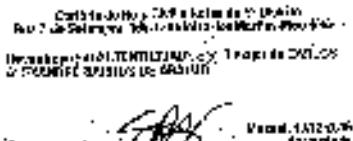
portador(a) do documento de identidade nº 1384 933, expedido por SSP/AL, em
15/09/1994 inscrito no CPF sob o nº 024.157.734-92, residente na
Avenida Iom Antônio Brandão, nº 239
complemento Bloco A AP. 309, Bairro Jardim, cidade
Maceió, Estado AL.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fixarem necessários na execução e conclusão dos processos natos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

5º DISTRITO **Naciso Alagoas - 19** de **dezembro de 2019**
Outorgante **Carley Alexandre Barros Gramp**

IVE-JA DIRETRIZ DE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS COM RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO SITES CSESPSEGUROS.COM.BR

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a pronúncia deverá ser afirmada em cíntrio, obrigatoriamente.



Transcript
200000.25

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

IONA ALVES MARTINS

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 **Data do acidente:** 10/03/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E
ARAUJO

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 EVIDENÇIA 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

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)
 INVALIDEZ PERMANENTE
 MORTE

2 - Número do atestado ou AAT:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

 4 - Nome completo da vítima: **Carlos Alexandre Barros Araujo**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPE N° 445/2012

5 - Nome completo:

Carlos Alexandre Barros Araujo

6 - CPF:

004 825 447 03

7 - Profissão:

Recreio

8 - Endereço:

Travessa Edemundo Reis

9 - Número:

305

11 - Bairro:

Santa Prúcia

12 - Cidade:

Macapá

13 - Estado:

AL

15 - E-mail:

14 - Série:

541082647

16 - Tel./DDN:

82 983276740

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS DA INCAPACITÉ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, restar na presente anexo informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SCA RENDA

 R 1.000,00 ATÉ R 1.500,00
 R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00

 R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00
 ACIMA DE R 5.000,00

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

 CONTA POUPANÇA (informar para os bancos abertos. Apenas uma opção)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

 Nome do BANCO: **Caixa Econômica Federal**
 Banco do Brasil (001) Itaú (340)

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (340)

AGÊNCIA:

CONTA:

 AGÊNCIA: **1020**

 CONTA: **00002063**

(Inserir o dígito de verificação)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.194/74), uma vez que:

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

Solcio o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concedendo, desde já, em me submete à análise médica preventiva, caso necessário, às instâncias da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 9.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

24 - Distrito:

25 - Cidade:

26 - Bairro:

27 - Logradouro:

28 - Número da residência:

29 - Bairro:

30 - Distrito:

31 - Cidade:

32 - Bairro:

33 - Logradouro:

34 - Número da residência:

35 - Bairro:

36 - Distrito:

37 - Cidade:

38 - Bairro:

39 - Logradouro:

40 - Número da residência:

41 - Bairro:

42 - Distrito:

43 - Cidade:

44 - Bairro:

45 - Logradouro:

46 - Número da residência:

47 - Bairro:

48 - Distrito:

49 - Cidade:

50 - Bairro:

51 - Logradouro:

52 - Número da residência:

53 - Bairro:

54 - Distrito:

55 - Cidade:

56 - Bairro:

57 - Logradouro:

58 - Número da residência:

59 - Bairro:

60 - Distrito:

61 - Cidade:

62 - Bairro:

63 - Logradouro:

64 - Número da residência:

65 - Bairro:

66 - Distrito:

67 - Cidade:

68 - Bairro:

69 - Logradouro:

70 - Número da residência:

71 - Bairro:

72 - Distrito:

73 - Cidade:

74 - Bairro:

75 - Logradouro:

76 - Número da residência:

77 - Bairro:

78 - Distrito:

79 - Cidade:

80 - Bairro:

81 - Logradouro:

82 - Número da residência:

83 - Bairro:

84 - Distrito:

85 - Cidade:

86 - Bairro:

87 - Logradouro:

88 - Número da residência:

89 - Bairro:

90 - Distrito:

91 - Cidade:

92 - Bairro:

93 - Logradouro:

94 - Número da residência:

95 - Bairro:

96 - Distrito:

97 - Cidade:

98 - Bairro:

99 - Logradouro:

100 - Número da residência:

101 - Bairro:

102 - Distrito:

103 - Cidade:

104 - Bairro:

105 - Logradouro:

106 - Número da residência:

107 - Bairro:

108 - Distrito:

109 - Cidade:

110 - Bairro:

111 - Logradouro:

112 - Número da residência:

113 - Bairro:

114 - Distrito:

115 - Cidade:

116 - Bairro:

117 - Logradouro:

118 - Número da residência:

119 - Bairro:

120 - Distrito:

121 - Cidade:

122 - Bairro:

123 - Logradouro:

124 - Número da residência:

125 - Bairro:

126 - Distrito:

127 - Cidade:

128 - Bairro:

129 - Logradouro:

130 - Número da residência:

131 - Bairro:

132 - Distrito:

133 - Cidade:

134 - Bairro:

135 - Logradouro:

136 - Número da residência:

137 - Bairro:

138 - Distrito:

139 - Cidade:

140 - Bairro:

141 - Logradouro:

142 - Número da residência:

143 - Bairro:

144 - Distrito:

145 - Cidade:

146 - Bairro:

147 - Logradouro:

148 - Número da residência:

149 - Bairro:

150 - Distrito:

151 - Cidade:

152 - Bairro:

153 - Logradouro:

154 - Número da residência:

155 - Bairro:

156 - Distrito:

157 - Cidade:

158 - Bairro:

159 - Logradouro:

160 - Número da residência:

161 - Bairro:

162 - Distrito:

163 - Cidade:

164 - Bairro:

165 - Logradouro:

166 - Número da residência:

167 - Bairro:

168 - Distrito:

169 - Cidade:

170 - Bairro:

171 - Logradouro:

172 - Número da residência:

173 - Bairro:

174 - Distrito:

175 - Cidade:

176 - Bairro:

177 - Logradouro:

178 - Número da residência:

179 - Bairro:

180 - Distrito:

181 - Cidade:

182 - Bairro:

183 - Logradouro:

184 - Número da residência:

185 - Bairro:

186 - Distrito:

187 - Cidade:

188 - Bairro:

189 - Logradouro:

190 - Número da residência:

191 - Bairro:

192 - Distrito:

193 - Cidade:

194 - Bairro:

195 - Logradouro:

196 - Número da residência:

197 - Bairro:

198 - Distrito:

199 - Cidade:

200 - Bairro:

201 - Logradouro:

202 - Número da residência:

203 - Bairro:

204 - Distrito:

205 - Cidade:

206 - Bairro:

207 - Logradouro:

208 - Número da residência:

209 - Bairro:

210 - Distrito:

211 - Cidade:

212 - Bairro:

213 - Logradouro:

214 - Número da residência:

215 - Bairro:

216 - Distrito:

217 - Cidade:

218 - Bairro:

219 - Logradouro:

220 - Número da residência:

221 - Bairro:

222 - Distrito:

223 - Cidade:

224 - Bairro:

225 - Logradouro:

226 - Número da residência:

227 - Bairro:

228 - Distrito:

229 - Cidade:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)
 INVALIDEZ PERMANENTE
 MORTE

2 - Número do atestado ou AAT:

3 - CPF da vítima:

 4 - Nome completo da vítima:
Carlos Alexandre Barros Araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPE N° 445/2012

5 - Nome completo:

Carlos Alexandre Barros Araujo

6 - CPF:

004.825.447-03

7 - Profissão:

Recreio

8 - Endereço:

Travessa Edemundo Reis

9 - Número:

305

11 - Bairro:

Santa Prúcia

12 - Cidade:

Macapá

13 - Estado:

AL

14 - SFP:

54108-947

15 - E-mail:

16 - Tel./DDN:

82 983276740

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS DA INCAPACIDADE COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, restar na presente anexo informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUZO INFORMAR
 SCAI RENDA

 R 1.000,00 ATÉ R 1.500,00
 R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00

 R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00
 ACIMA DE R 5.000,00

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

 CONTA POUPANÇA (informar para os bancos abertos. Apenas uma opção)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

 Nome do BANCO: **Caixa Econômica Federal**
 Banco do Brasil (001) Itaú (340)

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (340)

 AGÊNCIA: **020** CONTA: **00002063** (3)

 AGÊNCIA: **020** CONTA: **00002063** (3)

(Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/Reembolso do Seguro DPVAT a que o beneficiário, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO INMI - PREenchimento somente para COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.194/74), uma vez que:

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

Solcio o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concedendo, desde já, em me submete à análise médica preventiva, caso necessário, às instâncias da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 9.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou revisão anual da cobertura e avaliação médica, caso surdo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

 Sócio

 Casado/União Civil

 Divorciado

 Separado/Judicialmente

 Viúvo

24 - Estado:

 Solteiro

 União Civil

 Separado/Judicialmente

 Viúvo

25 - Seja, ou Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou cunhado(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

 Sim

 Não

Vivos:

Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima:

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

34 - Vítima:

35 - Vítima:

36 - Vítima:

37 - Vítima:

38 - Vítima:

39 - Vítima:

40 - Vítima:

41 - Vítima:

42 - Vítima:

43 - Vítima:

44 - Vítima:

45 - Vítima:

46 - Vítima:

47 - Vítima:

48 - Vítima:

49 - Vítima:

50 - Vítima:

51 - Vítima:

52 - Vítima:

53 - Vítima:

54 - Vítima:

55 - Vítima:

56 - Vítima:

57 - Vítima:

58 - Vítima:

59 - Vítima:

60 - Vítima:

61 - Vítima:

62 - Vítima:

63 - Vítima:

64 - Vítima:

65 - Vítima:

66 - Vítima:

67 - Vítima:

68 - Vítima:

69 - Vítima:

70 - Vítima:

71 - Vítima:

72 - Vítima:

73 - Vítima:

74 - Vítima:

75 - Vítima:

76 - Vítima:

77 - Vítima:

78 - Vítima:

79 - Vítima:

80 - Vítima:

81 - Vítima:

82 - Vítima:

83 - Vítima:

84 - Vítima:

85 - Vítima:

86 - Vítima:

87 - Vítima:

88 - Vítima:

89 - Vítima:

90 - Vítima:

91 - Vítima:

92 - Vítima:

93 - Vítima:

94 - Vítima:

95 - Vítima:

96 - Vítima:

97 - Vítima:

98 - Vítima:

99 - Vítima:

100 - Vítima:

101 - Vítima:

102 - Vítima:

103 - Vítima:

104 - Vítima:

105 - Vítima:

106 - Vítima:

107 - Vítima:

108 - Vítima:

109 - Vítima:

110 - Vítima:

111 - Vítima:

112 - Vítima:

113 - Vítima:

114 - Vítima:

115 - Vítima:

116 - Vítima:

117 - Vítima:

118 - Vítima:

119 - Vítima:

120 - Vítima:

121 - Vítima:

122 - Vítima:

123 - Vítima:

124 - Vítima:

125 - Vítima:

126 - Vítima:

127 - Vítima:

128 - Vítima:

129 - Vítima:

130 - Vítima:

131 - Vítima:

132 - Vítima:

133 - Vítima:

134 - Vítima:

135 - Vítima:

136 - Vítima:

137 - Vítima:

138 - Vítima:

139 - Vítima:

140 - Vítima:

141 - Vítima:

142 - Vítima:

143 - Vítima:

144 - Vítima:

145 - Vítima:

146 - Vítima:

147 - Vítima:

148 - Vítima:

149 - Vítima:

150 - Vítima:

151 - Vítima:

152 - Vítima:

153 - Vítima:

154 - Vítima:

155 - Vítima:

156 - Vítima:

157 - Vítima:

158 - Vítima:

159 - Vítima:

160 - Vítima:

161 - Vítima:

162 - Vítima:

163 - Vítima:

164 - Vítima:

165 - Vítima:

166 - Vítima:

167 - Vítima:

168 - Vítima:

169 - Vítima:

170 - Vítima:

171 - Vítima:

172 - Vítima:

173 - Vítima:

174 - Vítima:

175 - Vítima:

176 - Vítima:

177 - Vítima:

178 - Vítima:

179 - Vítima:

180 - Vítima:

181 - Vítima:

182 - Vítima:

183 - Vítima:

184 - Vítima:

185 - Vítima:

186 - Vítima:

187 - Vítima:

188 - Vítima:

189 - Vítima:

190 - Vítima:

191 - Vítima:

192 - Vítima:

193 - Vítima:

194 - Vítima:

195 - Vítima:

196 - Vítima:

197 - Vítima:

198 - Vítima:

199 - Vítima:

200 - Vítima:

201 - Vítima:

202 - Vítima:

203 - Vítima:

204 - Vítima:

205 - Vítima:

206 - Vítima:

207 - Vítima:

208 - Vítima:

209 - Vítima:

210 - Vítima:

211 - Vítima:

212 - Vítima:

213 - Vítima:

214 - Vítima:

215 - Vítima:



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA DELEGACIA - 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 15:24
Delegado da Polícia: Stella Carvalho Góes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Até o: 52º Distrito Policial - Pitimbu
Data/Hora do Fato: 10/03/2017 08:00

Local do Fato

Município: Pernambuco (AL)
Endereço: RODOVIA AL 220

Bairro: IPIAU

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1225: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 313 Caput da Lei dos Crimes de Trânsito - CTB)	Não Havia

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Maceió Sexo: Masculino Nasc: 23/07/1966
Profissão: Policial Militar
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: MARIA APARECIDA B DE ARAUJO
Nome do Pai: IULIANA BAPTISTA DE ARAUJO
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 004.655.147-01
RG - Carteira de Identidade: 9778500010

Endereço

Município: Maceió - AL
Endereço: VILA SANTA MARIA 41
Bairro: PONTA GROSSA
Telefone: (82) 36150-8677 (Celular)

CPF: 67.314.690

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

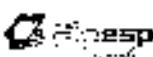
Município: Maceió - AL

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição: MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário: 177.748.404-87
Placa: NLV5296	Renavam: 110793567126
Número do Motor: HBU2E18011471	Número do Chassi: 9C2H8021084041471

Delegado de Polícia Civil: Stella Carvalho Góes
Impresso por: Ricardo Martins Ribeiro
Data de impressão: 28/11/2019 15:24
Protocolo nº: NÃO elaborável

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 2000/2008

Cor AMARELA

UF Veículo Alagoas

Município Veículo Maceió

Marca/Modelo HONDA/POP100

Modelo HONDA/POP100

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Utilizado

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 08/09/2019

Situação do Veículo NADA CONSISTE

Nome Envolvido

CARLOS ALFREDO BARROS DE ARAÚJO

Envolvimentos

Depositário, Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O NARRANTE NARRA QUF AO PASSAR XD POCOADO PIAU/PIRANHAS, AL, ATROPELOU UM CACHORRO E PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO, E POSTERIORMENTE CAIU EM UMA RIBANCEIRA, COM ESTA QUEDA, FRATUROU O HÁLUX DIREITO, E DEVIDO A ESTA FRATURA, NA ALCUNHA MESES APARECERAM DORES NO QUADRIL, E AO TIRAR UM RAI-O-X CONSTATOU QUF ENCONTRAVA-SE COM A CADEÇA DO FÉMUR NECROSADA, PROVENIENTE DA PANCADA DO ACIDENTE.

ASSINATURAS

Ricardo Martins Ribeiro
Agente da Polícia
Matr. 201-19-0
Requerente: Carlos Alexandre Barros de Araújo

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAÚJO
(Mime)

Este boleto para o trânsito é de uso exclusivo da PCAL e não pode ser usado para outras finalidades, nem pode ser usado para responder a diligências judiciais, nem para outras finalidades que não sejam de competência da Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito da Capital. O uso de boletos para outras finalidades é crime de improbidade administrativa, conforme o artigo 304, inciso II, do Código Penal e o artigo 140, da Constituição Federal.



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA DELEGACIA - 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 15:24
Delegado da Polícia: Stella Carvalho Góes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Até o: 52º Distrito Policial - Pitimbu
Data/Hora do Fato: 10/03/2017 08:00

Local do Fato

Município: Pernambuco (AL)
Endereço: RODOVIA AL 220

Bairro: IMAU

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1225: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 313 Caput da Lei dos Crimes de Trânsito - CTB)	Não Havia

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO (VITIMA)	Nome do Pai: IULIANA BAPTISTA DE ARAUJO		
Nacionalidade: Brasileira	Nacionalidade: AL - Maceió	Sexo: Masculino	Nasc: 23/07/1966
Profissão: Policial Militar			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: MARIA APARECIDA B DE ARAUJO	Nome do Pai: IULIANA BAPTISTA DE ARAUJO		
End. Social: Não			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 004.655.147.01
RG - Carteira de Identidade: 977850010

Endereço

Município: Maceió - AL
Endereço: VILA SANTA MARIA 41
Bairro: PONTA GROSSA
Telefone: (82) 36150-8677 (Celular)

CPF: 67.314.690

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

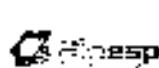
Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Maceió - AL

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição: MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário: 177.748.404-87
Placa: NLV5296	Renavam: 110793567126
Número do Motor: HBU2E18011471	Número do Chassi: 9C2H8021084041471



Delegado da Polícia Civil: Stella Carvalho Góes
Impresso por: Ricardo Martins Ribeiro
Data de impressão: 28/11/2019 15:24
Protocolo nº: NÃO elaborável

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 2000/2008

Cor AMARELA

UF Veículo Alagoas

Município Veículo Maceió

Marca/Modelo HONDA/POP100

Modelo HONDA/POP100

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Utilizado

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 08/09/2019

Situação do Veículo NADA CONSISTE

Nome Envolvido

CARLOS ALFREDO BARROS DE ARAÚJO

Envolvidos

Depositário, Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O NARRANTE NARRA QUF AO PASSAR XD POCOADO PIAU/PIRANHAS, AL, ATROPELOU UM CACHORRO E PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO, E POSTERIORMENTE CAIU EM UMA RIBANCEIRA, COM ESTA QUEDA, FRATUROU O HÁLUX DIREITO, E DEVIDO A ESTA FRATURA, NA ALCUNHA MESES APARECERAM DORES NO QUADRIL, E AO TIRAR UM RAI-O-X CONSTATOU QUF ENCONTRAVA-SE COM A CADEÇA DO FÉMUR NECROSADA, PROVENIENTE DA PANCADA DO ACIDENTE.

ASSINATURAS

Ricardo Martins Ribeiro
Agente da Polícia
Matr. 201-19-0
Requerente: Carlos Alexandre Barros de Araújo

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAÚJO
(Mime)

Este boleto para o trânsito é de uso exclusivo da PCAL. Faz parte do sistema de gerenciamento da delegacia de trânsito que faz parte da estrutura da Delegacia de Trânsito da Capital. O uso de outros sistemas de emissão de boletos é de responsabilidade da Delegacia de Trânsito da Capital.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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


DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Número do atestado ou AAT:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPE N° 445/2012

5 - Nome completo:

Carlos Alexandre Barros Araujo

6 - CPF:

004 825 447 03

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Travessa Edemundo Reis

12 - Cidade:

Maceió

13 - Estado:

AL

14 - CEP:

54100-000

15 - Bairro:

Santa Prúcia

16 - Telefone:

82 983276740

16 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS DA INCAPACIDADE COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, restar na presente anexo informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SCA RENDA

 R 1.000,00 ATÉ R 1.500,00
 R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00

 R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00
 ACIMA DE R 5.000,00

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

 CONTA PÓUPANÇA (informar para os bancos abertos. Apenas uma opção)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

 Banco do Brasil (001) Itaú (340)

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (340)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGENCIA: 1020

CONTA: 00002063

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/Reembolso do Seguro DPVAT a que o beneficiário, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL - PREenchimento somente para cobertura de invalidez permanente

 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.194/74), uma vez que:

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

Solcio o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concedendo, desde já, em meu nome e à analise médica presencial, caso necessário, às instâncias da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 9.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou revisão análoga da avaliação médica, caso surdo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

São Paulo

24 - Distrito:

24 - Distrito:

(Inserir o dígito de verificação)

25 - Seus filhos, informar:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou cunhado(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Sim

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

Vivos:

Sim

Não

Falecidos:

Vivos:

Vivos:

Não

Falecidos:

Sim

Não

Vivos:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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


DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Número do atestado ou AAT:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPE N° 445/2012

5 - Nome completo:

Carlos Alexandre Barros Araujo

6 - CPF:

004 825 447 03

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Travessa Edemundo Reis

12 - Cidade:

Maceió

13 - Estado:

AL

14 - CEP:

305

8.050-0008

11 - Bairro:

Santa Prúcia

15 - E-mail:

16 - Telefone:

82 983 276740

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS DA INCAPACITÉ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, restar na presente anexo informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SCA RENDA

 R 1.000,00 ATÉ R 1.500,00
 R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00

 R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00
 ACIMA DE R 5.000,00

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

 CONTA PÓUPANÇA (informar para os bancos abertos. Apenas uma opção)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (004)

 AGÊNCIA: CONTA: 3

 AGENCIA: CONTA:

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/Reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reembolsando o dano, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.194/74), uma vez que:

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

Solcio o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concedendo, desde já, em me submete à análise médica preventiva, caso necessário, às instâncias da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 9.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado: Sócio Cônuso (má. Civil) Irmão(a) Parente judicialmente Vizinho 24 - Estado: Vizinho da vítima
 (má. Civil)

 25 - Seja, ou Parente(s) com a vítima: Sim Não 27 - Se a vítima deixou cunhado(a), informar o nome completo:

 26 - Vítima deixou cunhado(a): Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar
 Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pátria/márvivas?
 Não Não
 28 - Vítima: Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 34 - Vítima: Sim Não
 Vivos: Falecidos: 35 - Se tinha filhos, informar
 Não 36 - Vítima deixou Sim Não 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)
 29 - Vítima deixou Sim Não 38 - 24 - Nome: BIANE FAGUNDES DE NOVAES
 CPF: 044-110-404-50
 30 - Vítima deixou Sim Não 39 - 25 - Nome: DELCIMAR A. PRIGIO
 CPF: 008-369-804-85

 31 - Vítima deixou Sim Não 40 - Assinatura da testemunha
 Vivos: Falecidos: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 32 - Vítima deixou Sim Não 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 Vivos: Falecidos: 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

 33 - Vítima deixou Sim Não 44 - Assinatura do testemunha
 Vivos: Falecidos: 45 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 34 - Vítima deixou Sim Não 46 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 47 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 35 - Vítima deixou Sim Não 48 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 49 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 36 - Vítima deixou Sim Não 50 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 51 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 37 - Vítima deixou Sim Não 52 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 53 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 38 - Vítima deixou Sim Não 54 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 55 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 39 - Vítima deixou Sim Não 56 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 57 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 40 - Vítima deixou Sim Não 58 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 59 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 41 - Vítima deixou Sim Não 60 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 61 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 42 - Vítima deixou Sim Não 62 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 63 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 43 - Vítima deixou Sim Não 64 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 65 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 44 - Vítima deixou Sim Não 66 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 67 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 45 - Vítima deixou Sim Não 68 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 69 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 46 - Vítima deixou Sim Não 70 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 71 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 47 - Vítima deixou Sim Não 72 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 73 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 48 - Vítima deixou Sim Não 74 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 75 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 49 - Vítima deixou Sim Não 76 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 77 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 50 - Vítima deixou Sim Não 78 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 79 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 51 - Vítima deixou Sim Não 80 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 81 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 52 - Vítima deixou Sim Não 82 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 83 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 53 - Vítima deixou Sim Não 84 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 85 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 54 - Vítima deixou Sim Não 86 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 87 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 55 - Vítima deixou Sim Não 88 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 89 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 56 - Vítima deixou Sim Não 90 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 91 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 57 - Vítima deixou Sim Não 92 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 93 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 58 - Vítima deixou Sim Não 94 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 95 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 59 - Vítima deixou Sim Não 96 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 97 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 60 - Vítima deixou Sim Não 98 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 99 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 61 - Vítima deixou Sim Não 100 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 101 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 62 - Vítima deixou Sim Não 102 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 103 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 63 - Vítima deixou Sim Não 104 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 105 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 64 - Vítima deixou Sim Não 106 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 107 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 65 - Vítima deixou Sim Não 108 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 109 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 66 - Vítima deixou Sim Não 110 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 111 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 67 - Vítima deixou Sim Não 112 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 113 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 68 - Vítima deixou Sim Não 114 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 115 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 69 - Vítima deixou Sim Não 116 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 117 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 70 - Vítima deixou Sim Não 118 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 119 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 71 - Vítima deixou Sim Não 120 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 121 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 72 - Vítima deixou Sim Não 122 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 123 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 73 - Vítima deixou Sim Não 124 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 125 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 74 - Vítima deixou Sim Não 126 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 127 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 75 - Vítima deixou Sim Não 128 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 129 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 76 - Vítima deixou Sim Não 130 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 131 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 77 - Vítima deixou Sim Não 132 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 133 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 78 - Vítima deixou Sim Não 134 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 135 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 79 - Vítima deixou Sim Não 136 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 137 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 80 - Vítima deixou Sim Não 138 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 139 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 81 - Vítima deixou Sim Não 140 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 141 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 82 - Vítima deixou Sim Não 142 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 143 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 83 - Vítima deixou Sim Não 144 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 145 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 84 - Vítima deixou Sim Não 146 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 147 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 85 - Vítima deixou Sim Não 148 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 149 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 86 - Vítima deixou Sim Não 150 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 151 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 87 - Vítima deixou Sim Não 152 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 153 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 88 - Vítima deixou Sim Não 154 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 155 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 89 - Vítima deixou Sim Não 156 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 157 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 90 - Vítima deixou Sim Não 158 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 159 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 91 - Vítima deixou Sim Não 160 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos: Falecidos: 161 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 92 - Vítima deixou Sim Não 162 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Vivos:

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NE 503112102

ANEXO

DIA FAGUNDES DE NOVAS

IR DILERMANDO REG. 365 BL 05 AP 3008

320520047 MACEDO

ANEXO

CÓDIGO ÚNICO	MES	PERÍODO DE CONSUMO
1252295	01/2020	09/12/19 a 08/01/20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
100	07/02/20	R\$ 84,73

RESERVAÇÕES

A FMS referente a fatura de 09/12/19 a 08/01/20.

A FMS referente a fatura de 09/12/19 a 08/01/20.

EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS**Equatorial**

Av. Fernandes Lima, 18329- Gruta do Jardim, MACEDO,

CNPJ 12.272.034/0001-00

MÊS	TOTAL A PAGAR
01/2020	R\$ 84,73

83620000005.64730030068.000000012526.229501206054

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NE 503112102

ANEXO

MÍDIA DE PAGAMENTO ART. 102, RESOLUÇÃO 415/2010 DA ANEEL

DIA FAGUNDES DE NOVAS

DILÉMANDO REG. 365 BL 05 AP 2008

520520047 MACEDO

AN

CÓDIGO ÚNICO	MES	PERÍODO DE CONSUMO
1252295	01/2020	09/12/19 a 08/01/20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
100	07/02/20	R\$ 84,73

RESERVAÇÕES

A FAB referente a fatura de 09/12/19 a 08/01/20.

que é de R\$ 84,7300.

EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS**DEQUITAL**

Av. Fábio Mendes, 1000, 1º andar, Centro, MACEDÔNIA,

CNPJ 12.272.034/0001-00

IE 24207773

CÓDIGO ÚNICO	MES	TOTAL A PAGAR
1252295	01/2020	R\$ 84,73

83620000005.64730030068.000000012526.229501206054



Fatura do Plano de Assistência Médica

Unimed Norte Nordeste



Página 1 de 1

ANS 420263

Cliente: IONA ALVES MARTINS CPF: 02415773492	Plano: COLETIVO	Entidade: SEMPRE SAUDE ADMINISTRADORA Parcela: 6														
Endereço: AVENIDA DOM ANTONIO BRANDAO, 239 BL 31 AP 909 Bairro: FAROL	Município: MACEIO	Grupo: TB UNN 219 UF: AL CEP: 57051190														
Número do Documento: 00330146	Data de Emissão: 17/12/2019	Validade do Documento (R\$): 746,01														
Mensagem: PARA SEGUNDA VIA DE BOLETO, FINANCIERO@SEMPRESAUADEADMINISTRADORA.COM.BR OU (21) 3553-1933 / (21) 95015-0239 WHATSAPP / (21) 963688018 WHATSAPP. EVITE A SUSPENSAO DO SEU PLANO. PAGUE SEU BOLETO EM DIA. OUVIDORIA (21) 3553-2902		Vencimento: Original da Fatura 07/01/2020														
Aviso:																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descrição da Fatura</th> <th>CNS</th> <th>Valor do Serviço (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Titular: IONA ALVES MARTINS (0974 8029000536890)</td> <td>706405706896069</td> <td>R\$ 466,53</td> </tr> <tr> <td>Dependente: INGRYD MONYK ALVES VALENTIM (0974 8029000549582)</td> <td>702006874955080</td> <td>R\$ 279,46</td> </tr> <tr> <td>Total:</td> <td></td> <td>R\$ 746,01</td> </tr> </tbody> </table>					Descrição da Fatura	CNS	Valor do Serviço (R\$)	Titular: IONA ALVES MARTINS (0974 8029000536890)	706405706896069	R\$ 466,53	Dependente: INGRYD MONYK ALVES VALENTIM (0974 8029000549582)	702006874955080	R\$ 279,46	Total:		R\$ 746,01
Descrição da Fatura	CNS	Valor do Serviço (R\$)														
Titular: IONA ALVES MARTINS (0974 8029000536890)	706405706896069	R\$ 466,53														
Dependente: INGRYD MONYK ALVES VALENTIM (0974 8029000549582)	702006874955080	R\$ 279,46														
Total:		R\$ 746,01														

SEMPRE SAUDE - 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>

Itau Banco Itau 341-7 34191.09008 33014.628375 21658.890005 6 81270000074601					
Lote de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO, MESMO APÓS O VENCIMENTO.			Vencimento: 07/01/2020		
Beneficiário: SEMPRE SAUDE ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS (CNPJ: 26143531000127) RUA DA ASSEMBLEIA 10 SALA 4004 A 4010 - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP 20011901			Agência/Conta: Ag. Banco Itau 6372 - 16588-9		
DATA DO DOCUMENTO: 17/12/2019	NÚMERO DO DOCUMENTO: 00330146	VALIDADE DO DOCUMENTO: 05	ACEITE: N	DATA DE VENCIMENTO: 17/12/2019	VALOR DOCUMENTO: 109 / 00330146-2
TIPO DE BANCO: Itau	Carneiro	Eligio Moreira	Quintal	Vale Moreira	VALOR DOCUMENTO: 746,01
NOTA: INSTITUIÇÕES SÃO RESPONSÁVEIS PELA RECUPERAÇÃO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO DA CAIXA APÓS O VENCIMENTO. COBRAR MULTA DE 2% E JUROS DE 1% AO MÊS.					
<input type="checkbox"/> Desconto Abatimento <input type="checkbox"/> Min. Multa <input type="checkbox"/> Multa <input type="checkbox"/> Outros Abatimento <input type="checkbox"/> Outros Corte/Imp.					
Fazendo: IONA ALVES MARTINS (CPF/CNPJ: 02415773492) AVENIDA DOM ANTONIO BRANDAO, 239 BL 31 AP 909 FAROL - MACEIO - AL CEP: 57051190			Cpf: 02415773492		
Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação					

Sociedade Brasileira



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



SUS

2IPAS

Hospital Regional
CH. GLODÓLIO
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: 24/09/1965 Idade: 51 anos Convenio: 2 SUS - AMB / URG

Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DE ARAUJO Nome do Pai: LUIZ VIANA BAPTISTA DE ARAUJO

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: JOSE JAMES PERRREIRA LISBOA JUNIOR

CRM: 64899/AL

Endereço: SERRINHA CIA DA POLICIA MILITAR - CASA

Bairro: XINGO

Cidade/UF: PIRANHAS

AI

Usuário Atendimento: PATRICIA TM

RG (Identidade): 077869910

RGPM/AL

Data de Emissão:

Fone: 06802657

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 3042251470

Data de Emissão CRN:

CRM (Certidão de Registro de Nasc.):

CLASSIFICAÇÃO

ENFERMEIRO(A) DA CLASSIFICAÇÃO: CLARINE ALVES SILVA

ESPECIALIDADE DA CLASSEIFICAÇÃO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

QUEIXA PRINCIPAL

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA LESÃO EM MIO HA 5 HORAS ATRAS

ALERGIAS:

Assinatura do Paciente ou Responsável

COPIA DE PRONTUÁRIO
Data: 10/03/2017
Paciente: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO
CRM: 64899/AL
Assinatura: [Signature]

Paciente: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO
Atendimento: 00636770 Data Nasc.: 23/09/1981
Sexo: MASCULINO Data e Hora: 10/03/2017 13:00

Prontuário:
Idade: 51 Anos, 5 Meses e 15 Dias
Tipo Atendimento: URGÊNCIA

ATENDIMENTO

Дата в Ната: 10/03/2017 16:13h

Classificação de Blasco

Aferências: [TEMB](#): 26.10.

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA LESÃO EM MID HA 5 HORAS ATRAZ.

Alemania

Observaciones

Enfermeiro de Classificação: CR 400465 MUNICÍPIO: SANTO

Apendices:

PACIENTE VITIMA DE Queda de MOTO EVOLUINDO COM LESÃO CORTO-CONTUSAS + DEFORMIDADE DO HALLUX DIREITO

140

FRATURA EXPOSTA DO HALLUX RIBETICO

ATENÇÃO: TODOS OS MEDICAMENTOS, PROCEDIMENTOS E EXAMES DEVERÃO SER FEITOS NAS GUIAS DE PRESCRIÇÃO. EXAMES CLÍNICOS, FARMACOLOGIA E EXAMES DE IMAGEM.

Conducta:

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

Asses. in Medicina

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

Declaração de Pagamento Efetuado

Contrato : 10217358

Titular : **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO**

C.P.F. : 004.825.147-01

Declaro 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 (Centro e setenta e dois reais e cinqüenta 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 (Centro e setenta e dois reais e cinqüenta e quatro centavos).

Composição da cobrança

usuários cobrados

Código	Name	Idade	Adesão (R\$)	Valor cobrado (R\$)
0705485.00	CARLOS ALEXANDRE BARROS DE-FIN	54	0,00	0,00
0705485.01	NATHALIA FAGUNDES DE-DFP	0	0,00	172,54

CPF: 37.135.365/0002-14
 Esmale Assistência Internaciona
 Dr. Jose Milton Coimbra, 110
 57025-100 - Maceio - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Babado 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



ESMALE ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAUDE LTDA
Dr. Jose Milton Correia, 110
(82)2223-7333
57025-100 - Macae - AL
C.N.P.J.: 37.135.365/0001-33

ANS nº 39548-0

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
Poco - CEP: 57025-100
Macae - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Baixado em
11/10/2019	172,54	14/10/2019	0,00	0,00	0,00	172,54	14/10/2019

Macae, 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: 37.135.365/0002-74
 Esmale Assistência International
 00 Saíde 1.110
 Rua Dr. José Milton Correia, nº 110
 Poco, CEP: 57025-150
 Maceió - AL*

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

Maceio, 21 de janeiro de 2020

Diretoria de Atendimento

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO
Pronthário: 01260002 Idade: 54 Anos Data de Nascimento: 23/09/1965
Peditório: 1690131 Data de Atendimento: 06/01/2020 às 07:41
Convênio: PARCERIA AR
A/C: Dr(a). JOSÉTON JOSÉ MELO BARROS CRM: 4411
Data do Exame: 06/01/2020

RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO

Relatório:

Controle evolutivo de prótese metálica total coxofemoral, berto posicionada, sem sinais de soltura ou fragmentação.

Anca metálica de fixação tendinea, projetada no trocânter maior.

Febólitos pélvicos.

Demais estruturas ósseas íntegras.

Demais superfícies e espaços articulares conservados.

6
6
6

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

CARLOS ALEXÂNDRE BARROS DE ARAUJO

Prontuário: 04240384 Idade: 51 Anos Data de Nascimento: 23/09/1965

Pedido: 1690; 11 Data de Atendimento: 06/01/2020 às 07:41

Convenio: PAP/100102

A/C: Dr.(a). RUYTON JOSÉ MUNOZ BARROS

CRM: 4111

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 tendinea, projetada no trocânter maior.

Febólitos pélvicos.

Demais estruturas ósseas íntegras.

Demais superfícies e espaços articulares conservados.

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



Dr. Antônio Acielo
Cirurgião de FST e Ortopedista

Dr. Jon Mark
Cirurgião da Coluna

Dr. Luis Renato Pedrosa
Cirurgião Ortopedista

Dr. Ramônio Azevêdo
Cirurgião da Hérnia

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião de Juntas

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião do Ossos e Coluna
Médico Esportivo

Dr. Hilton Barros
Cirurgião da Articulação

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**, portador de **OSTEOARTRITE GRAVE DO QUADRIL DIREITO POR SEQUELA DE FRATURA DO FÉMUR (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
Cirurgião Ortopedista
CRM-AL 4411 / FECT 10285

Hilton José Melo Barros
Médico ortopedista
CRM-AL 4411

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Muroio - AL - CEP: 57036-550

Phone: (83) 3295-2903 / 98662.8002 (9) - www.ortopediacoespecializada.com.br

 @arthros.al  @arthros.ortopedia.especializada



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Bem-Estar e Movimento

Maceió, 06 de novembro de 2019

Dr. Antônio Alício
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Jon Mark
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Luis Renato Pedrosa
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Rainhundo Araújo
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Rogério Nascimento
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Mílio Ribeiro
Ortopedista e Traumatologista
Médico Especialista

Dr. Hilton Barros
Ortopedista e Traumatologista

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL 4421
RQE:2407

Procedimento: ARTOPLASTIA 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) - *3226-2321*
- Confirmar marcação e autorização (Setor de Internação - *1352* Santa Casa)

NO DIA DA CIRURGIA:

- Levar TODOS os exames pré-operatórios (INCLUSIVE RÁDIOGRAFIAS)
- 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 MÉLO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM-AL 4421

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

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

Fone: (82) 3235-2923 / 98162-8002 | www.ortopediaespecializada.com.br

 @arthros.al      



RUA DAS CABRAL, S/N, CENTRO
MACEIÓ - ALAGOAS
CEP 57010-360 CNPJ 17.507.187/0001-50
FONE: (82) 2123 6000

RECEITUÁRIO

MACEIÓ, 09 de NOVEMBRO DE 2019

CARLOS ALEXANDRE BARROS ARAUJO

RJ

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
09-10-2019*

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM/AL 4411



AV. DIAS CABRAL, 5/9, Lote 100
MACEDÔNIO - ALAGOAS
CEP 57020-060 CNPJ 17.807.187/0001-50
FONE: (82) 2123 5000

MACEIÓ, 09 de NOVEMBRO DE 2019

CARLOS ALEXANDRE BARROS ARAUJO

R/

USO ORAL

1) XARELTO 10mg

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
CRM/AL 14111*

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM/AL 14111



Dr. Antônio Alcino
Ortopedista e Traumatólogo

ARTHROS
ORTOPÉDIA ESPECIALIZADA
Braço, Estar e Movimento
RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Jon Mark
Ortopedista

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

Dr. Luis Renato Pedreira
Ortopedista Ortopedista

NSIT 75mg

1 CAIXA

Dr. Raimundo Araújo
Ortopedista

Tomar 1 comp VO de 12/12h

Dr. Rogério Nascimento
Ortopedista

Hilton José Melo Barros
Ortopedista e Traumatólogo
CRM/AL 4411 TEC/110265

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

Dr. Hilton Barros
Cirurgião de Ortopedia

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

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Hartenow
Serra Maria - Maceió - AL - CEP: 57036-530
Fone: (82) 3235-2913 / 98662.8002 - www.ortopediaspecializada.com.br
© @arthros.al



Dr. Antônio Alício
Cirurgião de Reabilitação

ARTHROS
ORTOPEDIA ESPECIALIZADA
Bom Estar e Movimento
RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Jon Mark
Cirurgião de Coluna

P/ CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

Dr. Luís Renato Pedrosa
Cirurgião Ortopedista

CLONAZEPAN gts 1 VD

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião da Mão

Tomar 5 gotas VO à noite

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião da Coluna

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

Dr. Hilton Barros
Cirurgião de Ortopedia

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: 57036-310
Fone: (82) 3235-2903 / 98162-8002 E-mail: www.ortopediaespecializada.com.br
E-mail: arthros.al@arthros-ortopedia-especializada.com.br



Dr. Antônio Aclio
Cirurgião-Dentista

ARTHROS
ORTOPÉDIA ESPECIALIZADA
Bem Estar e Movimento
RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Jon Mark
Cirurgião-Dentista

P/ CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

Dr. Luís Renato Pedrosa
Cirurgião Oncológico-Ortopedista

CITONEURIM 5000 1 CAIXA

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião-Dentista

Tomar 1 comp VO de 8/8h

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião-Dentista

Hilton José Melo Barros
Ortopedista-Cirurgião-Dentista
CRM-AL 4411 - RQE 2407

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

Dr. Hilton Barros
Cirurgião-Dentista

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

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony
Sítio das Marés - Maceió - AL - CEP: 57026-510
Fone: (82) 3235-2903 / 9866-8002 - www.ortopediaespecializada.com.br
@gariluxoal @arthros-ortopedia-especializada



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Bem-Estar e Movimento

Dr. André Luiz Alencar
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Bento Alencar
Ortopedista e Traumatologista
Médico Esportivo

Dr. R. Jardim Melo
Ortopedista e Traumatologista

Dr. José Alencar
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Edvaldo Alencar
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Rajmunt Alencar
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Rogério Alencar
Ortopedista e Traumatologista

CARLOS ALVARENGA BARROS DE
MARES

R

USO ORAL

OXYCONTIN

30 mg

2x1

5 op (10) 12/12/19

28/10/19

AD

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 - Macaíba - AL - CEP: 57036-500
Fone: (82) 3295-2913 / 98662-8002 | E-mail: www.ortopediaespecializada.com.br
Instagram: [@arthros_ortopedia_especializada](https://www.instagram.com/arthros_ortopedia_especializada/)



Dr. Antônio Alcício
Cirurgião-Dentista

ARTHROS
ORTOPÉDIA ESPECIALIZADA
Bem-Estar e Movimento
RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Jon Mark
Cirurgião-Dentista

P/ CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

Dr. Luis Renato Pachosa
Cirurgião-Dentista Ortopedista

NSIT 75mg

1 CAIXA

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião-Dentista

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

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião-Dentista

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião-Dentista - Odontólogo
Médico Especialista

Hilton José Melo Barros
Ortopedista-Cirurgião-Dentista
CRM-AL 4411-TEOT 44295

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

Dr. Hilton Barros
Cirurgião-Dentista

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

Rua Dr. José Alves da Mela, 68 - Sala 403 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510
Fone: (82) 3235.2913 / 98162-8002 E - www.artropei.com.br/espacializada.com.br
E-mail: arthros.al@ariluxx.com.br arthros-ortopedia-espacializada.com.br



RUA DIAS CABRAL, 510, CENTRO
MACEIÓ - ALAGOAS
CEP 57010-200 CNPJ 12.907.187/0001-50
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 e Cirurgião de Ortopedia
CRM/AL 1.101

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM/AL 1.101



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Bem Estar e Movimento

Dr. Antônio Alicko
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

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

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: 24/09/1985 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - AMB / URG

Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DE ARAUJO Nome do Pai: LUIZ VIANA BAPTISTA DE ARAUJO

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: JOSE JAMES PERRREIRA LISBOA JUNIOR

CRM: 64899/AL

Endereço: SERRINHA CIA DA POLICIA MILITAR - CASA

Bairro: XINGO

Cidade/UF: PIRANHAS

AI

Usuário Atendimento: PATRICIA TM

RG (Identidade): 077869910

RGPM/AL

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 3042251470

Fone: 06802657

CRM (Certidão de Registro de Nasc.):

Data de Emissão CRM:

CLASSIFICAÇÃO

ENFERMEIRO(A) DA CLASSIFICAÇÃO: CLARINE ALVES SILVA

ESPECIALIDADE DA CLASSEIFICAÇÃO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

QUEIXA PRINCIPAL

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA LESÃO EM MIO HA 5 HORAS ATRAS

ALERGIAS:

Assinatura do Paciente ou Responsável

COPIA DE PRONTUÁRIO
Data: 10/03/2017
Paciente: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO
CRM: 64899/AL
Assinatura: [Signature]

Paciente: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Atendimento: 00636770

Data Nasc.: 23/09/1965

Prontuário:

Sexo: MASCULINO

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

Idade: 51 Anos, 5 Meses e 16 Dias

Tipo Atendimento: URGÊNCIA

ATENDIMENTO

Data e Hora: 10/03/2017 16:12h

Classificação de Risco

Aferições: TEMP: 36 °C

Queixa Principal: PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA LESÃO EM MID HA 5 HORAS ATRÁS

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

INTENÇÃO: 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

Declaração de Pagamento Efetuado

Contrato : 10217358

Titular : **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO**

C.P.F. : 004.825.147-01

Declaro 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 (Centro e setenta e dois reais e cinqüenta 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 (Centro e setenta e dois reais e cinqüenta e quatro centavos).

Composição da cobrança

usuários cobrados

Código	Name	Idade	Adesão (R\$)	Valor cobrado (R\$)
0705485.00	CARLOS ALEXANDRE BARROS DE-FIN	54	0,00	0,00
0705485.01	NATHALIA FAGUNDES DE-DFP	0	0,00	172,54

CPF: 37.135.365/0002-14
 Esmale Assistência Internaciona
 Dr. Jose Milton Coimbra, 110
 57025-100 - Maceio - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Babado 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



ESMALE ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAUDE LTDA
Dr. Jose Milton Correia, 110
(82)2223-7333
57025-100 - Macae - AL
C.N.P.J.: 37.135.365/0001-33

ANS nº 39548-0

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
Poco - CEP: 57025-100
Macae - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Baixado em
11/10/2019	172,54	14/10/2019	0,00	0,00	0,00	172,54	14/10/2019

Macae, 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: 37.135.365/0002-74
 Esmale Assistência International
 00 Saíde 1.110
 Rua Dr. José Milton Correia, nº 110
 Poco, CEP: 57025-150
 Maceió - AL*

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

Maceio, 21 de janeiro de 2020

Diretoria de Atendimento

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO
Pronthário: 01260002 Idade: 54 Anos Data de Nascimento: 23/09/1965
Peditório: 1690131 Data de Atendimento: 06/01/2020 às 07:41
Convênio: PARCERIA AR
A/C: Dr(a). JOSÉTON JOSÉ MELO BARROS CRM: 4411
Data do Exame: 06/01/2020

RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO

Relatório:

Controle evolutivo de prótese metálica total coxofemoral, berto posicionada, sem sinais de soltura ou fragmentação.

Anca metálica de fixação tendinea, projetada no trocânter maior.

Febólitos pélvicos.

Demais estruturas ósseas íntegras.

Demais superfícies e espaços articulares conservados.

6
6
6

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

CARLOS ALEXÂNDRE BARROS DE ARAUJO

Prontuário: 04240384 Idade: 51 Anos Data de Nascimento: 23/09/1965

Pedido: 1690; 11 Data de Atendimento: 06/01/2020 às 07:41

Convenio: PAP/100102

A/C: Dr.(a). RUYTON JOSÉ MUNOZ BARROS

CRM: 4111

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 tendinea, projetada no trocânter maior.

Febólitos pélvicos.

Demais estruturas ósseas íntegras.

Demais superfícies e espaços articulares conservados.

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



Dr. Antônio Acielo
Cirurgião de FST e Ortopedista

Dr. Jon Mark
Cirurgião da Coluna

Dr. Luis Renato Pedrosa
Cirurgião Ortopedista

Dr. Ramiro Andrade
Cirurgião da Hérnia

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião de Juntas

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião do Ossos e Coluna
Médico Esportivo

Dr. Hilton Barros
Cirurgião da Articulação

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, portador de OSTEOARTRITE GRAVE DO QUADRIL DIREITO POR SEQUELA DE FRATURA DO FÉMUR (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
Cirurgião Ortopedista
CRM-AL 4411 / FECT 10285

Hilton José Melo Barros
Médico ortopedista
CRM-AL 4411

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Muroí - AL - CEP: 57036-550

Phone: (83) 3295-2903 / 98662.8002 (9) - www.ortopediacoespecializada.com.br

 @arthros.al  @arthros.ortopedia.especializada



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Bem-Estar e Movimento

Maceió, 06 de novembro de 2019

Dr. Antônio Alício
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Jon Mark
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Luis Renato Pedrosa
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Rainhundo Araújo
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Rogério Nascimento
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Mílio Ribeiro
Ortopedista e Traumatologista
Médico Especialista

Dr. Hilton Barros
Ortopedista e Traumatologista

Responsável Técnico
Dr. Hilton José Melo Barros
CRM-AL 4421
RQE:2407

Procedimento: ARTOPLASTIA 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) - *3226-2321*
- Confirmar marcação e autorização (Setor de Internação - *3326-2352* Santa Casa)

NO DIA DA CIRURGIA:

- Levar TODOS os exames pré-operatórios (INCLUSIVE RÁDIOGRAFIAS)
- 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 MÉLO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM-AL 4421

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

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

Fone: (82) 3235-2923 / 98162-8002 | www.ortopediaespecializada.com.br

 @arthros.al          



RUA DAS CABRAL, S/N, CENTRO
MACEIÓ - ALAGOAS
CEP 57010-360 CNPJ 17.507.187/0001-50
FONE: (82) 2123 6000

RECEITUÁRIO

MACEIÓ, 09 de NOVEMBRO DE 2019

CARLOS ALEXANDRE BARROS ARAUJO

RJ

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 4111
09-10-2019*

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM/AL 4111



AV. DIAS CABRAL, 5/9, Lote 100
MACEDÔNIO - ALAGOAS
CEP 57020-060 CNPJ 17.807.187/0001-50
FONE: (82) 2123 5000

MACEIÓ, 09 de NOVEMBRO DE 2019

CARLOS ALEXANDRE BARROS ARAUJO

R/

USO ORAL

1) XARELTO 10mg 30 COMP

Tomar 1 comprimido VO 1 vez ao dia por 30 dias

2) NOVALGINA 1g 1 CAIXA

Tomar 1 comprimido de 6/6 horas enquanto
apresentar dor

3) NAUSEDRON 1 CAIXA

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

4) PANTOCAL 40mg 1 CAIXA

Tomar 1 comprimido por VIA ORAL 1 vez ao dia pela
manhã em jejum

*Hilton José Melo Barros
Médico Ortopedista
CRM/AL 14111*

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM/AL 14111



Dr. Antônio Alcino
Ortopedista e Traumatólogo

ARTHROS
ORTOPÉDIA ESPECIALIZADA
Braço, Estar e Movimento
RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Jon Mark
Ortopedista

CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

Dr. Luis Renato Pedreira
Ortopedista Ortopedista

NSIT 75mg

1 CAIXA

Dr. Raimundo Araújo
Ortopedista

Tomar 1 comp VO de 12/12h

Dr. Rogério Nascimento
Ortopedista

Hilton José Melo Barros
Ortopedista e Traumatólogo
CRM/AL 4411 TEC/110265

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

Dr. Hilton Barros
Cirurgião de Ortopedia

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

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Hartenow
Serra Maria - Maceió - AL - CEP: 57036-530
Fone: (82) 3235-2913 / 98662.8002 - www.ortopediaspecializada.com.br
© @arthros.al



Dr. Antônio Alício
Cirurgião de Reabilitação

ARTHROS
ORTOPEDIA ESPECIALIZADA
Bom Estar e Movimento
RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Jon Mark
Cirurgião de Coluna

P/ CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

Dr. Luís Renato Pedrosa
Cirurgião Ortopedista

CLONAZEPAN gts 1 VD

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião da Mão

Tomar 5 gotas VO à noite

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião da Coluna

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

Dr. Hilton Barros
Cirurgião de Ortopedia

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 / 98162-8002 E-mail: www.ortopediaespecializada.com.br
E-mail: arthros.al@arthurso-ortopedia-especializada.com.br



Dr. Antônio Aclio
Cirurgião-Dentista

ARTHROS
ORTOPÉDIA ESPECIALIZADA
Bem Estar e Movimento
RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Jon Mark
Cirurgião-Dentista

P/ CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

Dr. Luís Renato Pedrosa
Cirurgião Oncológico-Ortopedista

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião-Dentista

CITONEURIM 5000

1 CAIXA

Tomar 1 comp VO de 8/8h

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião-Dentista

Hilton José Melo Barros
Ortopedista-Cirurgião-Dentista
CRM-AL 4411 - RQE 2407

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

Dr. Hilton Barros
Cirurgião-Dentista

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

Rua Dr. José Afonso de Melo, 68 - Sala 405 e 406 - Ed. Harmony
Sítio das Marés - Maceió - AL - CEP: 57026-510
Fone: (82) 3235-2903 / 9866-8002 - www.ortopediaespecializada.com.br
@gariluxoal @arthros-ortopedia-especializada



ARTHROS

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

Bem-Estar e Movimento

Dr. André Luiz Alencar
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Bento Alencar
Ortopedista e Traumatologista
Médico Esportivo

Dr. R. Jardim Melo
Ortopedista e Traumatologista

Dr. José Alencar
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Edvaldo Alencar
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Rajmunt Alencar
Ortopedista e Traumatologista

Dr. Rogério Alencar
Ortopedista e Traumatologista

CARLOS ALVARENGA BARROS DE
MARES

R

USO ORAL

OXYCONTIN

30 mg

2x1

5 op (10) 12/12/19

28/10/19

AD

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 - Macaíba - AL - CEP: 57036-500
Fone: (82) 3295-2913 / 98662-8002 | www.ortopediaespecializada.com.br
      @arthros_ortopedia-especializada



Dr. Antônio Alcício
Cirurgião-Dentista

ARTHROS
ORTOPÉDIA ESPECIALIZADA
Bem-Estar e Movimento
RECEITUÁRIO MÉDICO

Dr. Jon Mark
Cirurgião-Dentista

P/ CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

R/

USO INTERNO

Dr. Luis Renato Pachosa
Cirurgião-Dentista Ortopedista

NSIT 75mg

1 CAIXA

Dr. Raimundo Araújo
Cirurgião-Dentista

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

Dr. Rogério Nascimento
Cirurgião-Dentista

Dr. Hélio Ribeiro
Cirurgião-Dentista - Odontólogo
Médico Especialista

Dr. Hilton Barros
Cirurgião-Dentista

Hilton José Melo Barros
Ortopedista-Cirurgião-Dentista
CRM-AL 4411, TEOT 44295

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 Alves da Mela, 68 - Sala 403 e 406 - Ed. Harmony
Stella Maris - Maceió - AL - CEP: 57036-510
Fone: (82) 3235.2913 / 98162-8002 E - www.ortopediacoespecializada.com.br
E-mail: arthros.al@arthus-ortopedia-oespecializada.com



RUA DIAS CABRAL, 510, CENTRO
MACEIÓ - ALAGOAS
CEP 57010-200 CNPJ 12.907.187/0001-50
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 e Cirurgião de Ortopedia
CRM/AL 1.101.1034*

HILTON JOSÉ MELO BARROS
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM/AL 1.101

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: 24/09/1985 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - AMB / URG

Nome da Mãe: MARIA APARECIDA DE ARAUJO Nome do Pai: LUIZ VIANA BAPTISTA DE ARAUJO

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: JOSE JAMES PERRREIRA LISBOA JUNIOR

CRM: 64899/AL

Endereço: SERRINHA CIA DA POLICIA MILITAR - CASA

Bairro: XINGO

Cidade/UF: PIRANHAS

AI

Usuário Atendimento: PATRICIA TM

RG (Identidade): 077869910

RGPM/AL

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 3042251470

Fone: 06802667

CRM (Certidão de Registro de Nasc.):

Data de Emissão CRM:

CLASSIFICAÇÃO

ENFERMEIRO(A) DA CLASSIFICAÇÃO: CLARINE ALVES SILVA

ESPECIALIDADE DA CLASSEIFICAÇÃO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

QUEIXA PRINCIPAL

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA LESÃO EM MIO HA 5 HORAS ATRAS

ALERGIAS:

Assinatura do Paciente ou Responsável

COPIA DE PRONTUÁRIO
Data: 10/03/2017
Paciente: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO
CRM: 64899/AL
Assinatura: [Signature]

Paciente: CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO

Atendimento: 00636770

Data Nasc.: 23/09/1965

Prontuário:

Sexo: MASCULINO

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

Idade: 51 Anos, 5 Meses e 16 Dias

Tipo Atendimento: URGÊNCIA

ATENDIMENTO

Data e Hora: 10/03/2017 16:12h

Classificação de Risco

Aferições: TEMP: 36 °C

Queixa Principal: PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA LESÃO EM MID HA 5 HORAS ATRÁS

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

INTENÇÃO: 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

Declaração de Pagamento Efetuado

Contrato : 10217358

Titular : **CARLOS ALEXANDRE BARROS DE ARAUJO**

C.P.F. : 004.825.147-01

Declaro 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 (Centro e setenta e dois reais e cinqüenta 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 (Centro e setenta e dois reais e cinqüenta e quatro centavos).

Composição da cobrança

usuários cobrados

Código	Name	Idade	Adesão (R\$)	Valor cobrado (R\$)
0705485.00	CARLOS ALEXANDRE BARROS DE-FIN	54	0,00	0,00
0705485.01	NATHALIA FAGUNDES DE-DFP	0	0,00	172,54

CPF: 37.135.365/0002-14
 Esmale Assistência Internaciona
 Dr. Jose Milton Coimbra, 110
 57025-100 - Maceio - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Babado 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



ESMALE ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAUDE LTDA
Dr. Jose Milton Correia, 110
(82)2223-7333
57025-100 - Macae - AL
C.N.P.J.: 37.135.365/0001-33

ANS nº 39548-0

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
Poco - CEP: 57025-100
Macae - AL

Vencimento	Valor (R\$)	Pagamento	Descontos (R\$)	Bonificação (R\$)	Juros (R\$)	Valor pago (R\$)	Baixado em
11/10/2019	172,54	14/10/2019	0,00	0,00	0,00	172,54	14/10/2019

Macae, 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: 37.135.365/0002-74
 Esmale Assistência International
 00 Saíde 1.110
 Rua Dr. José Milton Correia, nº 110
 Poco, CEP: 57025-150
 Maceió - AL*

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

Maceio, 21 de janeiro de 2020

Diretoria de Atendimento