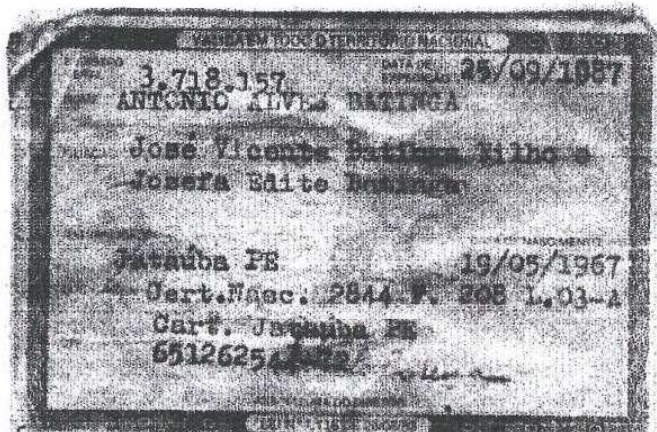
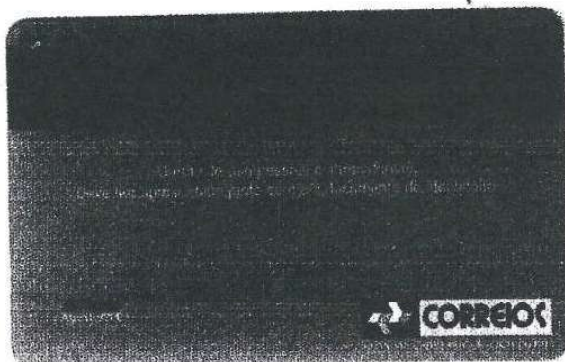
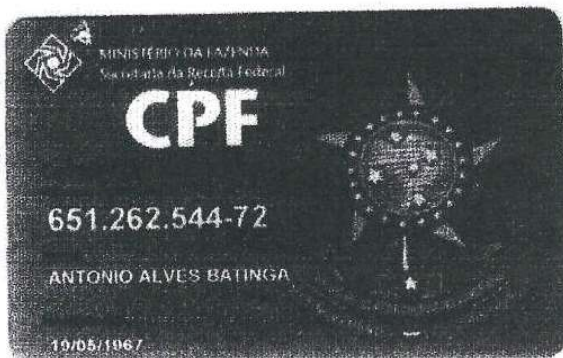




NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

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

DADOS DO CLIENTE ANTONIO ALVES BATINHA CPF: 651.262.544-72 NIS: 16108884895	DATA DE VENCIMENTO 25/06/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 30,71	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/06/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/06/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 020711489	CONTA CONTRATO 007017066751 Nº DO CLIENTE 2012628640 Nº DA INSTALAÇÃO 0003427956
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JUSCELINO NUNES OLIVEIRA 213 JORDAO FELIX/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 55190-000 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO B0C0.AD08.F7BD.159F.56EC.5B83.EA71.ECC2			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18450915	5,53
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	68,00	0,31630141	21,50
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,21
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,49
Contribuição Iluminação Pública			1,98
TOTAL DA FATURA			30,71

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17623850	JUN 18	98
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30222690	MAI 18	88
		ABR 18	101
		MAR 18	97
		FEV 18	92
		JAN 18	83
		DEZ 17	114
		NOV 17	97
		OUT 17	30
		SET 17	30
		AGO 17	30
		JUL 17	30
		JUN 17	30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO								
	R\$	%		R\$	%		R\$	%
Geração de Energia	14,06	45,94						
Transmissão	1,71	5,55						
Distribuição (Celpe)	8,01	27,88						
Encargos Setoriais	1,16	4,04						
Tributos	1,27	4,42						
TOTAL	26,73	100						

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	28,73	0,79	0,22	28,73	3,66	1,05

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº UNAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003161798400	CAT	17/05/2018	697,00	18/06/2018	795,00	32	1,00000	0,00	98,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/07/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
DIC-De horas sem Energia	SANTA CRUZ DO	0,00	5,19	10,38	20,77
FIC-De vezes sem Energia	CAPIBARIBE	0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,94	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 13,20					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 28,05. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		TENSÃO NOMINAL(V)	
		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
		MINIMO	MÁXIMO
		220	202 231
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

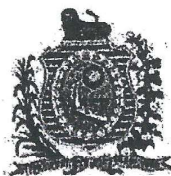
DESTAQUE AQUI				TALÃO DE PAGAMENTO	
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.	
007017066751	06/2018	30,71	25/06/2018		



838800000003 307100110076 017066751106 118938932330

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0179000220**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/01/2017** às **14:55**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **10/12/2016** às **05:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, RODOVIA PE 160, PRÓXIMO A FAZENDA DE EDUARDINHO** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA JOSEFA DE ARAÚJO FERREIRA (OUTRO)
ANTONIO ALVES BATINGA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO ALVES BATINGA**

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

ANTONIO ALVES BATINGA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA EDITE BATINGA**
Data de Nascimento: **19/5/1967** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3718157/SSP/PE (RG), 65126254472 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 213, RUA JUSCELINO NUNES DE OLIVEIRA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA JOSEFA DE ARAÚJO FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSEFA DE ARAÚJO FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO ALVES BATINGA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGG5821** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2005/2006**
Descrição: **TITAN KS**



Complemento / Observação

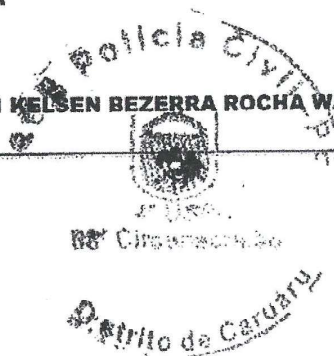
SEGUNDO NOTICIOU A VÍTIMA, CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA PELA RODOVIA E DEVIDO A MANOBRA BRUSCA DE UM AUTOMÓVEL DESCONHECIDO A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E TOMBOU COM A MESMA AO SOLO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA QUE PASSAVA NO LOCAL E TRANSPORTADO PARA UPA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE E EM SEGUÍDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, REGISTRO HOSPITALAR Nº 288635.

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

ANTONIO ALVES BATINGA

ANTONIO ALVES BATINGA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **YVSON KELSEN BEZERRA ROCHA WANDERLEY** - Matrícula: **221710-4**



Assinado eletronicamente por: RODRIGO EWERTON DE ARAUJO - 26/11/2018 11:08:50

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

[illegible]

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Alexandre Rêgo Filho
GROUPO: 2017
20211402

10. DEZ. 2016

Assinatura do Cirurgião

Liquid Urinomics

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





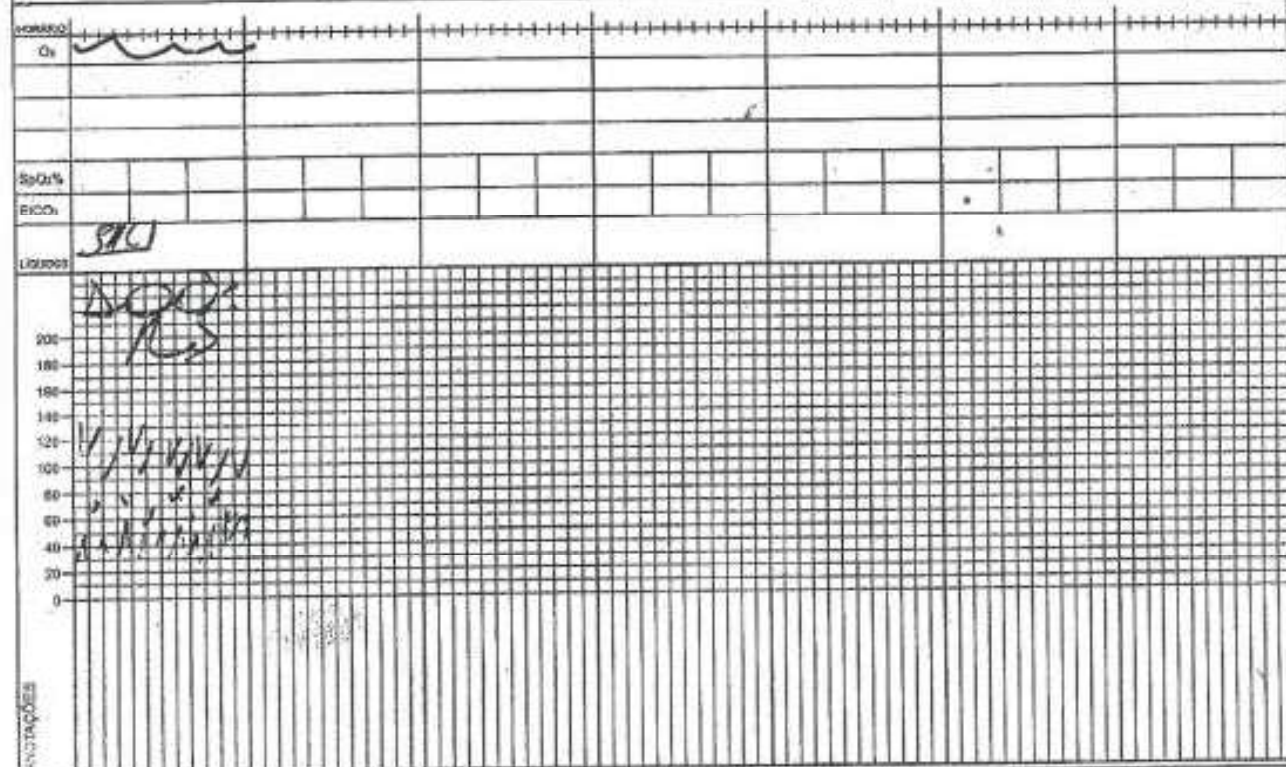
COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

N 148514

VALOR

NOME	Antônio Alvaro Botelho		REGISTRO	28272	CATEGORIA	SOS
HOSPITAL	HXA		SEXO	M	COR	B
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Antônio Alvaro em Bexiga		IDADE	49a	HORARIO	13:30
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	Antônio Alvaro em Bexiga		DATA	10/11/16	RESERVAÇÃO	15
OPERAÇÃO PROPOSTA	Limpado e refixação de bexiga		PA	75	PC	70
OPERAÇÃO REALIZADA	A mesma.		KG	102	SPM	15
			CÓDIGO CIRURGIA	PORTE		%



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TECNICA ANESTÉSICA:
Propofol 10mg/ml	20ml	20ml	BBB com D e D
Fentanyl 50mcg/ml	20ml	20ml	
Clorpromazina 10mg/ml	20ml	20ml	
Atropina 1mg/ml	20ml	20ml	
Diacepam 5mg/ml	20ml	20ml	
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:			DURAÇÃO DA ANESTESIA:
☒ CARDIOSCÓPIO ☐ CAPNÓGRAFO ☐ PVC			☐ ENCAMINHADO
☐ OXÍMETRO ☐ S. VESICAL ☐ TEMPERATURA			☐ ACORDADO
☐ FNI ☐ LINHA ARTERIAL ☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL			☐ SONOLENTO
			☐ INTUBADO
			☐ RPA
			☐ UTI
			☐ QUARTO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: ANTONIO ALVES BATINGA N° Registro:

Clínica: ORTOPEDIA N° do leito:

Operador: ALEXANDRE RÊGO FILHO

1º Assistente: ALEXANDRE GOMES 2º Assistente: WALDENIR FERREIRA

Instrumentador: Anestesista:

Anestesia: BLOQUEIO DO PLEXO
BRAQUIAL Duração:

Data da Operação: Início: Término:

Diagnóstico Pré-operatório: LESÃO EXTENSA EM BRAÇO ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: LIMPEZA + DESBRIDAMENTO + SUTURA

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL E BOA MOTRICIDADE AOS TESTES DO ENRVO RADIAL, ULNAR E MEDIANO ANTES DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO.
2. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
3. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO INICAL SEGUIDO DE LIMPEZA + DESBRIDAMENTO
5. HEMOSTASIA LOCAL
6. SUTURA PARA APROXIMAÇÃO DAS BORDAS DA FERIDA
7. CURATIVO
8. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL EM MEMBRO ACOMETIDO

Dr. Alexandre Rêgo Filho
Ortopedista
CREMESP/20817
TEOT: 75000

10 DEZ. 2018



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: ANTONIO ALVES BATINGA

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEdia

Nº do leito:

Operador: ALEXANDRE RÉGO FILHO

1º Assistente: ALEXANDRE GOMES

2º Assistente: WALDENIR FERREIRA

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: BLOQUEIO DO PLEXO
BRAQUIAL

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: LESÃO EXTENSA EM BRAÇO ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: LIMPEZA + DESBRIDAMENTO + SUTURA

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL E BOA MOTRICIDADE AOS TESTES DO ENRVO RADIAL, ULNAR E MEDIANO ANTES DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO.
2. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
3. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO INICAL SEGUIDO DE LIMPEZA + DESBRIDAMENTO
5. HEMOSTASIA LOCAL
6. SUTURA PARA APROXIMAÇÃO DAS BORDAS DA FERIDA
7. CURATIVO
8. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL EM MEMBRO ACOMETIDO

Dr. Alexandre Régio Filho
Ortopedista
CREMEPE 20917
TEOT: 79909

10 DEZ, 2011



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: A. Louie Alex Brufon

Nº do Registro: 288635

Clínica: ortof

Nº da Leito

Operador: Alexandre Rêgo Filho

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesiista:

Anestesia: Flexo Braquial

Duração:

Data da Operação: 10/12/16

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Luxo ex fessu. m. Biceps (C)

Diagnóstico Pós-Operatório: o mesmo

Operação Proposta: Duppa + Desbridamento.

Operação Realizada: a mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Paciente em decúbito dorsal
- ② Anestesia + Antisepsia + Tensão - Le cap
- ③ Duppa + Desbridamento
- ④ Exatidão com enxada sobre o
- ⑤ Realizado o procedimento de
- ⑥ Cistos escleróticos
- ⑦ Sutura por aproximação
- ⑧ Sutura por plus
- ⑨ Curto



Dr. Alexandre Rêgo Filho

Dr. Alexandre Rêgo Filho
ORTOPEDISTA
CREMESP: 30817
TEOR: 14908

10 DEZ. 2016





Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☐ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: 1 1

Assinatura

Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço:		Tel.:	
-----------	--	-------	--

Procedimento:	
---------------	--

Assinatura

Definitivo:

Destino do Paciente

Alta () Cirurgia () Óbito () Evadido-se () Termo de Alta a Pedido

Transferência: _____ U Internamento

Condição de Alta

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Dr. Alexandre Nogueira Filho
Ortopedista
CRM-SP 26047
TELE 1-3000

4.0 OCT 2018

Data: 1 / 1 / 2008 Hora: 14:00 Médico: CRISTIANE P. LOPES CRM: 7501-14009

12/10/2016 9:07:50 AM

2! de 2

Usuario do Atendimento

MEYDSONWBC



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ANTONIO ALVES BATINGA
Nasc.: 19/05/1967 Idade: 49 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
RG: CNS: 700001389944802
Endereço: RUA OPALA Nº: 88
Bairro: ARMANDO ALEIXO Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE Estado: PE
CEP: 55190000 Fone: 93125770 Profissão:
Nome da Mãe: JOSEFA EDITE BATINGA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: NÃO UTILIZAR (ACIDENTE MOTOCICLISTICO)
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2. ATENDIMENTO Data: 10/12/2016 09:07 Médico: MEDICO PLANTONISTA
Queixa Principal / HDA:

Queda de novo com fratura tibia

Exame Físico: PA: FC: FR:
EX-torso ferido 1/3 membro BACD

Diag. Provisório: EX-torso ferido BACD

Prescrição: Dieta: Horário

12 de contato @ A/P
12 de BACD @ A/P
11. DEZ 2016
Dr. Alexandre Rêgo Filho
Ortopedista
CRM-PE-20017
TEST 14908
RAIO
DATA 10/12/16
A. Rêgo
Dr. Alexandre Rêgo Filho
Ortopedista
CRM-PE-20017
TEST 14908
10 DEZ 2016

2



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ATENDIMENTO Nº 443-9389

Nome: Antonio Gomes

Profissional: 288635

Data: 13 / 12 / 16 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Calor febre de 38,5°C

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retorno com 10 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

Alta Hospitalar: Data: 13 / 12 / 16 Hora: _____

15-02-17
Dr. Milton
10:00h

Dr. Alexandre Rêgo
Odp nº 1010
CREMEPE nº 6390
TEOT nº 999

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



Atendimento: 282721

Dt Atendimento: 10/12/2016 - 10:04

Dt Alta: 13/12/2016 - 09:27

Paciente: 288635 ANTONIO ALVES BATINGA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 472 SRPA 30

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 4 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: MARILIAGGL

Diretor Clínico:

CID:

Procedimento da Alta - Procedimento não informado

Observação da Alta

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | SES/PE





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antonio Alves Batinga

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

288635

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71010101318919149181012

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/05/1964

9 - SEXO

Masculino

10 - RAÇA/COR

3

11 - NOME DA MÃE

Sandra Edite Batinga

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Opala n: 88 Bairro Armando Alexo

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Cruz do Capibaribe - PE

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente motociclistas
no qual caiu e feriu-se no braço e
cotovelo e não.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Rx!

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + exame físico.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

T009

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

34

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0417304101718

29 - CLÍNICA

ORTOP

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

ICNS

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ortopedista

10 DEZ. 2016

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO REGISTRO DO CONSELHO

Ortopedista

10 DEZ. 2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

PE-40-004

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

ICNS

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ICNS

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CPF 130.225.155-34

261610735593-9



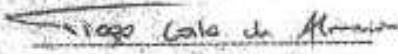


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr **ANTONIO ALVES BATINGA** nascido em 19/05/1967 esteve nesta unidade hospitalar no dia 10/12/2016 por volta das 05h30min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de Janeiro de 2017.

ATENCIOSAMENTE


Tiago Costa de Almeida
Diretor Clínico
Matrícula 069121

Rodovia PE 160, SN - Curral Picado - Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hsc@gmail.com





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr **ANTONIO ALVES BATINGA** nascido em 19/05/1967 esteve nesta unidade hospitalar no dia **10/12/2016** por volta das **05h30min.** Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de Janeiro de 2017.

ATENCIOSAMENTE

Tiago Costa de Almeida
Diretor Clínico
Matrícula 069121

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hsc@gmail.com



FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: [assinatura] Data: 10/12/16 Hora: 15:30 min
Nome: [assinatura] Nº do Prontuário: 20597
RG: _____ Idade: 50 Nascimento: 18/5/67 Nº SUS _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: (931) 2.5770
Endereço: R. Opala Nº _____ Bairro: Amarel
Cidade: _____ Acompanhante: () Sim NÃO () Nome: [assinatura]
Pai: _____
Mãe: _____

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ min
PA: _____ T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2% _____

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

[REDACTED]

Apnéia () ; Cianose () ; Estridor () ; PC<50>140 () ; FR >32vpm () ; Extremidades frias () ; Pulso fraco () ;
Pulso ausente () ; Sudorese () ; PAS<80mmhg () ; PAD>130mmhg () ; Letargia () ; Convulsionando () ;
Iresponsivo ou só resposta a dor () ; Intoxicação exógena () ; Sangramento intenso () ; Lesão grave () ;
Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas () ; Hipoglicemia com sudorese intensa ()
OBS: _____

[REDACTED]

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 () ; FC<50 ou >140 () ; PAS<90 ou >190mmhg () ; PAD>130 () ;
Febre >39°C () ; Febre com imunodepressão () ; Convulsão nas últimas 24h () ; mucosas ressecadas () ;
Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas () ; Abuso sexual () ; Dor abdominal ou torácica intensa () ;
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa () ; história até 72h
Melena () ; Hematêmese () ; enterorragia () ; epistaxe () ; Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico ()
OBS: _____

OBS: _____



FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: [assinatura] Data: 10/12/16 Hora: 15:30 min
 Nome: [assinatura] Nº do Prontuário: 20597
 RG: _____ Idade: 90 Nascimento: 18/5/67 Nº SUS: _____
 Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: () 9312.5770
 Endereço: R. Opaco Nº _____ Bairro: Armação
 Cidade: _____ Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
 País: _____
 Mãe: _____

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ min
 PA: _____ T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2% _____

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicação: _____

Apnéia () ; Cianose () ; Estridor () ; PC < 50 > 140 () ; FR > 32vpm () ; Extremidades frias () ; Pulso fraco () ;
 Pulso ausente () ; Sudorese () ; PAS < 80mmhg () ; PAD > 130mmhg () ; Letargia () ; Convulsionando () ;
 Iresponsivo ou só resposta a dor () ; Intoxicação exógena () ; Sangramento intenso () ; Lesão grave () ;
 Queimaduras > 25% de SC ou acometimento de vias aéreas () ; Hipoglicemia com sudorese intensa ()

OBS: _____

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 () ; FC < 50 ou > 140 () ; PAS < 90 ou > 190mmhg () ; PAD > 130 () ;
 Febre > 39°C () ; Febre com imunodepressão () ; Convulsão nas últimas 24h () ; mucosas ressecadas () ;
 Queimaduras de 1ª e 2ª graus em áreas não críticas () ; Abuso sexual () ; Dor abdominal ou torácica intensa () ;
 Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa () ; história até 72h
 Mela () ; Hematêmese () ; enterorragia () ; epistaxe () ; Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico ()

OBS: _____





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr **ANTONIO ALVES BATINGA** nascido em 19/05/1967 esteve nesta unidade hospitalar no dia **10/12/2016** por volta das **05h30min.** Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de Janeiro de 2017.

ATENCIOSAMENTE

Tiago Costa de Almeida
Diretor Clínico
Matrícula 069121

Rodovia PE 160, SN - Curral Picado - Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hsc@gmail.com



MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução CFM nº 1.658/02, com as alterações feitas pela Resolução CFM nº 1.851/08).

Atesto, para fins de comprovante junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou do Poder Judiciário, que examinei o paciente abaixo indicado, cuja identidade fui por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM nº 1.658/02 e constatai que o examinado é portador de(s) patologia(s) relacionadas adiante, com as consequências descritas a seguir:

Nome do paciente: ABRAÃO ALVES D'AMORA

Número do documento de identificação (documento com foto): RG: 13.116.157-1

Diagnóstico: Patologias verificadas e respectivos CID 10: S16.2-5, M67.0, S16.7, M65.8, M62.5, M67.0

O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não () Sim. Quais (descreva breve e resumidamente)? Sim - exames de radiologia

M(s) patologia(s) constatada(s) e respectiva para o trabalho? Lesões do membro superior direito

() Não () Sim. Por que? Processo de artrose

redução de força e dor

Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, a incapacidade é irreversível?

() Sim () Não

Data início da incapacidade em: 10.12.2016

Qual o tempo de repouso estimado para a recuperação do paciente, considerando que o mesmo siga o tratamento indicado para tal patologia? 1 mês

A incapacidade é:

() Periférica () Temporária

Informo, por fim, que o encaminhamento do presente atestado, com o respectivo diagnóstico, foi solicitado e autorizado pelo próprio paciente ou seu representante legal, conforme assinatura (ou identificação digital) de: 24 de Setembro de 2016

Local: SE

Assinatura do Paciente: Abraão Alves d'Amora

Assinatura do Médico - Carimbo: Dr. Rodrigo Ewerton de Araujo

Assinatura do Médico - Carimbo: Dr. Rodrigo Ewerton de Araujo





DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

(81) 37318825 | 99008656

www.humaniaimagens.com.br

CNPJ nº 16.082.882/0001-18

Nome: ANTONIO ALVES BATINHA
Solicitante: Dr. CLEANTO PIO
Dt nasc.: 19/05/1967 Idade: 51 ANOS
Data: 21/09/2018

ULTRASSONOGRAFIA DOS BRAÇOS (DIREITO/ESQUERDO)

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com transdutor linear multifrequencial.

ANÁLISE:

Músculo deltoide de aspecto preservado.

Não existem massas tumorais, calcificações patológicas nem hematomas.

Ruptura semiototal das fibras do tendão do cabo longo do biceps à direita

Moderada acentuada tendinopatia associada a sinovite do tendão do cabo longo do biceps à esquerda

Sinais de perda de fibras musculares na porção lateral do braço esquerdo (músculos braquial e coráceo longo do biceps) associado a fibrose local.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Ruptura semiototal das fibras do tendão do cabo longo do biceps à direita
- Moderada/acentuada tendinopatia associada a sinovite do tendão do cabo longo do biceps à esquerda
- Sinais de perda de fibras musculares na porção lateral do braço esquerdo (músculos braquial e coráceo longo do biceps) associado a fibrose local.

Dr. Ygor W. F. Barbra
Médico Radiologista – Título de Especialista pelo CBRAMB
CRM 19405

Este documento foi gerado automaticamente pelo sistema de diagnóstico por imagem da HUMANIA. Qualquer alteração ou exclusão de dados deve ser feita manualmente pelo médico responsável pelo exame. A HUMANIA não se responsabiliza por danos decorrentes de uso indevido deste documento.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário **entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário **entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

651.262.544-72

Nome completo da vítima

Antônio Alves Batinga

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antônio Alves Batinga	651.262.544-72	Relacionado
Endereço	Número	Complemento
Rua Juscelino Nunes Oliveira	213	
Bairro	Cidade	Estado
Jardão Fêlpe	Santa Cruz do Capibaribe	PE
Cep	CEP	Telefone (DDD)
	53.190-000	(81) 3.9668-4814

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)		BANCO	
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (70-0)		Nome	
AGÊNCIA	DIV	AGÊNCIA	DIV
3038		34.093	2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Santa Cruz do Capibaribe 23 de 06 de 2018

Local e Data

Antônio Alves Batinga

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPR/003 V00L/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jóbia Ferreira da Cunha inscrito (a) no CPF sob o nº 517.293.214/20
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Alves Batanga inscrito
(a) no CPF sob o nº 651.262.544/72 do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima
Antonio Alves Batanga inscrito (a) no CPF sob o nº 651.262.544/72, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Juscelino Nunes Oliveira</u>	<u>213</u>	
Bairro	Cidade	Estado
<u>Sordão Felix</u>	<u>Santa Cruz da Capiberibe</u>	<u>PE</u>
Cidade	CEP	Telefone celular (DDD)
	<u>55090-000</u>	<u>(019) 93668-4814</u>

Santa Cruz da 21 de 06 de 2018
agosto Local e Data

Jóbia Ferreira da Cunha
Assinatura do Declarante

DL001.001 V001/2017



À LIDER

CPF : 651.262.544-72

DE: ANTONIO ALVES BATINGA

ASSUNTO: ATO DECLARATORIO

(EXIGENCIA)

Prezado(a)s,

Em atendimento a Vossa exigência, venho por meio desta informar que, na data do sinistro, qual seja, o dia 10/12/2016, sofri um acidente de trânsito fui SOCORRIDO POR UMA AMBULANCIA que passava no local mím levou ate UPA 24H por onde passei pelos primeiros procedimentos depois fui transferido para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, motivo pelo qual não é possível apresentar o ATO DECLARATORIO, exigido por esta conceituada Seguradora. Ademais, o BAM (Boletim do 1º Atendimento Médico) do já mencionado Hospital,, informa claramente a Queixa Principal "APÓS QUEDA DE MOTO", além de conter o (s) EXAME(S) REALIZADO(S), DIAGNÓSTICO(S), CONDUTA(S) MÉDICA(S), E MÉDICO RESPONSÁVEL, inclusive com a assinatura do mesmo e carimbo. Por isto, comunico que não possuo outra documentação e, caso esta seguradora entenda necessário, que seja realizada auditoria para a confirmação da veracidade do aqui relatado, sob pena de termos que tomar as medidas judiciais cabíveis.

Diante deste quadro, coloco-me também à disposição para a realização de eventual perícia, por uma junta médica de Vossa competência.

Sem mais, fico no aguardo

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 22 de MARÇO de 2017

X Antonio Alves Batinga

Vítima: ANTONIO ALVES BATINGA

CPF: 651.262.544-72





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antonio Alves Botelho

CPF da Vítima

651.262.544-72

Data do Acidente

30/12/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Antonio Alves Botelho

CPF do Representante Legal

651.262.544-72

E-mail

Telefone (DDD)

(11) 9.9258-3087

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 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização desse perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Santa Cruz do Capibaribe, 25 de 06 de 2017.

Local e Data

Antonio Alves Botelho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA JOSEFA DE ARAUJO FERREIRA,
RG nº 7.180.583, data de expedição 08/02/2007
Órgão GRS, portador do CPF nº 172.532.101-30, com
domicílio na cidade de SANTA CRUZ DO CAMERINO no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AVA MARIA FEITOZA DE JESUS, nº 142
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ANTONIO ALVES BATINHA cujo o condutor era
ANTONIO ALVES BATINHA.

- Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN RS
Ano: 2005/2006
Placa: K66 5821
Chassi: 9CARC08106 M838493
Data do Acidente: 10/12/2016
Local e Data: Sto Cruz do Camerino 17/01/17

R FIRMA

Maria Josefa de Araujo Ferreira
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO ARAUJO - CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL DA COMARCA DE SANTA CRUZ DO CAMERINO
RUA DA LIBERDADE, 100 - JARDIM SANTA CRUZ DO CAMERINO - 52060-000 - RECIFE - PE
FONE (51) 3333-1111 - FAX (51) 3333-1112 - E-MAIL: cartorio@arajonotario.com.br

RECONHECO, por autenticidade a(s) firma(s) de: MARIA JOSEFA DE ARAUJO FERREIRA, nº 0130509, 16.10.2017 01:03:32
do(a) Sto Cruz do Camerino, 17/01/2017 09:40:17

Em testemunho da verdade

Rodrigo Ewerton de Araujo Jr
Escriturante R\$3,00 TCM R\$40,70 Total a Pagar R\$43,70 Ocor.

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Antonio Alves Batista Brasileiro, inscrito no RG nº 3.718.757 e CPF nº 651.262.544-72, residente e domiciliado na Rua Juscelino
Alves Oliveira, 273, João Felix, Santa Cruz do Capibaribe - PE

OUTORGADOS: **RODRIGO EWERTON DE ARAÚJO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE 1.317-B; **DANIELLY CRISTINE DE ARAÚJO**, brasileira, inscrita na OAB/PB 20.807; **RONALDO MEIRELES BARRETO JÚNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN 16683; **SIDNEI VASCONCELOS LIRA RODRIGUES PAIVA**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PE 38.781; **AYANA KÁREN MIRANDA DE LIMA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 47438, todos com endereço na Rua Tomé de Souza, 108, Nova Santa Cruz, Santa Cruz do Capibaribe/PE.

PODERES: a quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral com a cláusula “ad judicium”, a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade perante paraestatal, propondo ação competente de seu interesse, podendo para tanto, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer, firmar compromisso, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, de modo a praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando por firme, justo e valioso e **PODERES ESPECÍFICOS PARA RENUNCIAR AO CRÉDITO EXCEDENTE A 60 (SESSENTA SALÁRIOS MÍNIMOS, OU SEJA, AO TETO DO JUIZADO FEDERAL.**

DECLARAÇÃO: Declaro para os devidos fins de direito, que não possuo condições de litigar em juízo sem prejuízo pecuniário próprio ou de minha família, pelo que requiro os benefícios da justiça gratuita nos termos do art. 4º, § 1º, da lei nº 1.060/50.

CONTRATO: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios à base de 30% dos benefícios econômicos auferidos, em caso de êxito.
Parágrafo 1 – Se o valor acertado no “caput” for inferior a tabela mínima de OAB/PE (causas previdenciárias) o contratante obriga-se a pagar o restante;

Parágrafo 2- Os Valores dos honorários serão pagos à **RODRIGO EWERTON DE ARAÚJO**, brasileiro, solteiro, advogado OAB/PE 1.317-B, RG 2812799 SSP/PB e inscrito no CPF nº 062.042.834-13, e o contratante autoriza desde já a retenção dos Honorários Advocatícios em favor do contrato, por ocasião do pagamento judicial.

Antônio, 26 / 11 / 2018.

ANTONIO ALVES BATISTA
OUTORGANTE

81 99808.0443

rodrigo@rodrigoadvogados.com

ciete@rodrigoadvogados.com



Page: 1 Document Name: untitled

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 01/08/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 1038 SANTA CRUZ DO CAPIBA
PERIODO: 12072017 ATE: 01082017
NOME: ANTONIO ALVES BATINGA

OPER: 013 CONTA: 31.093-1
CPF: 651.262.544-72
VLR.BLQ.JUD. : 

