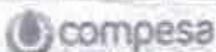




Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 11/06/2019 09:50:09
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061109500893800000045791369>
Número do documento: 19061109500893800000045791369

Num. 46499685 - Pág. 1



CNPJ 05.789.035/0001-64
INSC. EST. N° 12.1.001.001-000-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES. KENNEDY - NUM. - 03861 - PEIXINHOS
CLÍNICA PC 53620-229

DADOS DO CLIENTE		MATERIAL		Nº322418 FIN/2018	
MARIA DE J. ALVES OLIVEIRA E. JOAQUIM DE SOUSA PAIVA, N. 00474 - - SALGADINHO OLINDA PE 5 9116-520 TELEFÉRCIO: 754-185.858.3587.0000 GRUPO:2 DEB AUTOMÁTICO: 906322418					
TIPO DE ÁGUA LIGADO		TIPO DE CONSUMO POTENCIAL		DESCRIÇÃO MATERIAL	
MATERIAIS NÃO MEDIDO		LEIT. ANTES		LEIT. ATUAL	
		LEIT. ANTES		TIPO DE CONSUMO N MEDIDO	
ÁREA:					
LEIT. ANT: CONSUMO: 00					
LEIT. ATU:					
LEIT. FAT:					
HISTÓRICO DE CONSUMO					
REFERÊNCIA CONSUMO					
DATA		PARAMETROS		NÚMERO DE AMOSTRAS	
01/2018		TURBIDEZ		ESTG. 002	PORT. 002/11
12/2017		COR APARENTE		ANALISES 001	ATENDIDAS 001
11/2017		CLORO RESIDUAL			
30/2017		COLI/ TOTALS			
09/2017		E.C. -			
08/2017		TURBIDEZ		76	76
		COR APARENTE		76	76
		CLORO RESIDUAL		76	76
		COLI/ TOTALS		76	76
		E.C. -		76	76
MÉDIA: 00					
Qualidade de Água: www.conselhoconse.org.br					
001 - CLÍCOS: ISOPHORES TOTAIS AUSENCIA NENHUMA AMOSTRA EXAMINADAS /2005 PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA /2005 PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA					
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS					
CONSUMO TOTAL(R\$)					
ÁGUA					
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)					
CONSUMO DE ÁGUA 10 m3 8,40					

2013/2014 二年八月四日 8:40

• 100 •



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 11/06/2019 09:50:09
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061109500893800000045791369>
Número do documento: 19061109500893800000045791369

Núm. 46499685 - Pág. 2

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Adriano Alves de Lima, brasileiro, solteiro, autônomo, RG: 6.831.506 SDS/PE e CPF: 060.946.224-86, residente na Rua Joaquim de Souza Paiva, N: 474, Salgadinho, Olinda / PE.

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juiz, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda subsistir este a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bem, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 02.05.19

Adriano Alves de Lima
Outorgante



DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuizos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 01 de Maio de 2019.
Adriano Alves de Lima





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006^a CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6^aCIRC DIM/2^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0096001398

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/03/2018 às 15:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/2/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA ENGENHEIRO ABDIAS DE CARVALHO, 01** - Bairro: **CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ADRIANO ALVES DE LIMA (AUTOR / AGENTE)
OUTRO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADRIANO ALVES DE LIMA**
VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): **OUTRO**

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

ADRIANO ALVES DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** M^r: **LUCIANA ALVES DE OLIVEIRA**
P^r: **JOSÉ SEBASTIÃO DE LIMA** Data de Nascimento: **30/1/1983** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6831556/003/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 98789223**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE SALGADINHO (BAIRRO), 474, RUA JOAQUIM DE SOUZA PAIVA - CEP: 55000-000 - Bairro: SALGADINHO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADRIANO ALVES DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DA MARCA YAMAHA, MODELO PLACA KLV 2158, QUE ESTÁ EM NOME DA PESSOA DE CARLOS DIEGO DOS SANTOS**

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **OUTRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **OUTRO**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

09/03/2018 | 5



Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA QUE ESTAVA SOB SUA RESPONSABILIDADE QUANDO, PARA EVITAR UM ACIDENTE MAIS GRAVE, ACABOU BATENDONTRASEIRA DE UM CAMINHÃO, PERDEU O CONTROLE DA MESMA E CAIU. ADIANTOU O MESMO QUE, APÓS O ACIDENTE, FOI SOCORRIDO POR PARENTES E AMIGOS E LEVADO À POLICLÍNICA AMAURI COITINHO ONDE FOI MEDICADO. DANTE DE TAL FATO, O MESMO VEIO A ESTA DP NOTICIAR O OCORRIDO. ALEGOU AINDA A VÍTIMA QUE O MOTORISTA DO CAMINHÃO ONDE O MESMO BATEU, PERMANECEU NO LOCAL E DEU - LHE TODA A ASSISTÊNCIA POSSÍVEL. ALEGOU AINDA A VÍTIMA QUE, POSTERIORMENTE, FOI LEVADO AO HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE FOI CIRURGIADO.

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

ADRIANO ALVES DE LIMA
(AUTOR | AGENTE)

B.O. registrado por: JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS



09/03/2018 15:



C: Cardiovascular

Pulso

bpm

PA

mmHg

D: Exame Neurológico:

E: Abdomen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Tratamento / Procedimentos:

fratura estética clav.

Nº mais é no 1º dente
Nº prox = Nº pré

SAT 5.000 U.I.

Dr. Carlinhos Maciel
Ortopedia
CRM-PB 12378
SBOT 2275

tal fratura (4 mm)

fratura de unha clav.

fratura

ISSA 1085
2018-06-22
Dr. Carlinhos Maciel

Assinatura Consultor

Diagnóstico Definitivo:

Alta / Melhorado

Internamento

Transferência

Outro

Transferido para:

HMA 536 6887

CRM:

Data:

19/06/18 Hora: 11:00

Termo de Responsabilidade para Internamento:

Estou dentro das normas existentes neste Hospital, as quais posso, integralmente e autorizo a internação, inclusive transferências e sem os efeitos complementares e transportes se for necessário.

Data: _____ Nome: Completo Legível: _____

Dr. Carlinhos Maciel
CRM-PB 12378
SBOT 2275

Nº Cadastrado:

Assinatura



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 11/06/2019 09:50:09

<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061109500893800000045791369>

Número do documento: 19061109500893800000045791369

Num. 46499685 - Pág. 8



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - Nome do Paciente ADRIANO ALVES DE LIMA	6 - N° Pront. 112602			
7 - Cartão Nacional do SUS 708701142167296	8 - Data de Nascimento 30/01/1986	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> X / <input type="checkbox"/> F	10 - Raça Cor 03 - Parda	10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe LUCIANA ALVES DE OLIVEIRA	12 - Telefone de Contato 8198457241			
13 - Nome Responsável MARIA APARECIDA	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) RUA JOAQUIM DE SOUSA PAIVA, 474 - SALGADINHO	16 - Município OLINDA	17 - IBGE 260850	18 - UF PE	19 - CEP 53110520

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
VITIMA DE QUEBRA DE MOTO HA 5 HORAS. EVOLUIU COM FERIMENTO E DEFORMIDADE EM TOROTORAIA DE 5º METACARPO ESQUERDO. RX EVIDENCIA F. "URA DE 5º METACARPO ESQUERDO".

21 - Condições que justificam a internação
CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FÍSICO + RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código FRATURA EXPOSTA DE 5º METACARPO ESQUERDO	24 - CIN 10 Principal 5623	25 - CIN 10 Secundário W199	26 - CIN 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LIGADURA DOS METACARPIANOS	28 - Código do Procedimento 0406020377		
29 - Especialidade 2	30 - Câmera de Atenção <input checked="" type="checkbox"/> CNS	31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assinante 560016001773012
33 - Nome do Profissional - Solicitante/Assinante ROMERO MONTENEGRO NERY	34 - Data de Solicitação 20/02/2018	35 - Assinatura do Câmera de Atenção (Somente no Câmera)	36 - Código do Procedimento 15570
		Dr. BRUNO Vieira Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 22.307	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

37 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - N° BIPES	41 - Série
37 - <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAB / Empresa	44 - CBOR
38 - <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho Traçado			
45 - Vínculo com a Previdência			
<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado
			<input type="checkbox"/> Aposentado
			<input type="checkbox"/> Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	48 - N° de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
49 - Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	50 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
50 - Data de Autorização	51 - Assinatura e Câmera (Nº Registro do Conselho)	

**AIH
261810157353-8**

Código do Laudo: 415828



FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/n
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **416930**

Usuário: MONICARSL

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ADRIANO ALVES DE LIMA**
 Idade: 32e-0m 21d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 112502
 Profissão: **ESTUDANTE** Escolaridade:
 R.G.: 6831556 C.P.F.: 06094622456 Telefone: CEP: 53110520
 Endereço: RUA JOAQUIM DE SOUSA PAIVA, 474 - SALGADINHO - OLINDA - PE
Dados da Internação
 Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 20/2/2018 00:18
 Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
 Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-13
 Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____ R.G.: _____ C.P.F.: *89782148*
 Endereço: _____ Número: _____
 Telefone: _____ Cidade: _____ Estado civil: _____

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 10/01/18 Hora da Alta: _____

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: Boas condições clínicas

Diagnóstico Principal.....: fratura sacro ilíaca ESO

Diagnóstico Secundário01.: REVISADO

Diagnóstico Secundário02.: CCIH-HMA

Indicamento.....: festas religiosas com férias

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG: *Janete Araújo*

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/02/2018 23:28



Nome Paciente: ADRIANO ALVES DE LIMA
Cód. Paciente: 112502
Data de Nascimento: 30/01/1986
Sexo: Masculino
Idade: 32
Senha: 0041
Convênio: 2- SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 416928
SAME: 99732

Periodo: 19/02/2018 23:43 - 19/02/2018 23:44

ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DO AMURI COUTINHO SENHA: 5368887 COM RELATO DE COLISAO VOLTANDO DO TRABALHO, TRAUMA EM MAO E NEGA HAS DM E ALERGIA.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Specialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

REVISADO
NEPLHMA

Acolhido(s) por: ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/02/2018 23:44

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 11/06/2019 09:50:09

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061109500893800000045791369>

Número do documento: 19061109500893800000045791369

Num. 46499685 - Pág. 11

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ADRIANO ALVES DE LIMA REG: 112502
 CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
19/2/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
23:55	32 ANOS
	VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 5H.
	TRAUMA EM MÃO ESQUERDA. EVOLUIU COM FERIMENTO
	E DEFORMIDADE EM TOPOGRAFIA DE 5' METACARPO ESQ.
	NEUROVASCULAR PRESERVADO.
	RX EVIDENCIA FRATURA DE 5' MTC ESQ
	HD: FRATURA EXPOSTA DE 5' METACARPO ESQUERDO
	CD: AO BLOCO
	<i>Dr. Bruno Vieira Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 22.367</i>
19/2/2018	<i>10h</i>
	<i>Fr. fract. exp. de 5' MTC esq 10h fer+re</i>
	<i>paciente apre. atual, m. g. g.</i>
	<i>ao bloco</i>
	<i>10h, comin. drenos, expun.</i>
	<i>po: limpa, sec, m. flga</i>
	<i>re: res. nalgas</i>
	<i>es. alta hptica</i>
	<i>retor metacarpo e</i>
	<i>15 dias</i>

*Claudio Costa Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 24.089*



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 48047
Paciente: 112502
Convênio Atend.: 1
Leito: 888
Dt. Início: 20/02/2016 01:22

Sala: 0001 SALA 01

ADRIANO ALVES DE LIMA

SUS - INTERNACAO

VER02-13

Atendimento: 416930

Cadeira:

Idade: 32 Anos 21 Dias 2 Horas

Cid Pré-Operatório:

Cid Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0408020377 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 42 LOCAL

Equipe Médica

CIRURGIAO 15570 ROMERO MONTENEGRO NERY

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DO 5º METACARPO ESQUERDO
CIRURGIA: LIMPEZA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO + REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER
CIRURGIAO: DR ROMERO NERY
1º AUXÍLIO: DR BRUNO VIEIRA
ANESTESIA: LOCL

RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL.
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA.
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS.
4. AMPLIAÇÃO DE FOCO DE FRATURA EM TOPOGRAFIA DORSAL DE 5º METACARPO ESQUERDO
5. LIMPEZA ABUNDANTE COM SF0,9% + DEBRIDAMENTO
6. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE KIRSCHNER 1,5
7. SUTURA COM NYLON 3-0
8. CURATIVO.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Bruno Vieira
Médico - Traumatologista
CRM PE 22.897

DR(A) ROMERO MONTENEGRO NERY
CRM: 15570

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 416930

Dt Atendimento: 20/02/2018 - 00:18

Dt Alta: 20/02/2018 - 12:22

Paciente: 112502 ADRIANO ALVES DE LIMA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 688 VERD2-13

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ANDERSONSC

CID:

Procedimento de Alta 0301080070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ANDERSON DOS SANTOS CORSINO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



SINISTRO 3180194809 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ADRIANO ALVES DE LIMA
COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME
BENEFICIÁRIO ADRIANO ALVES DE LIMA
CPF/CNPJ: 06094622456

Posição em 27-05-2019 15:30:33

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
16/05/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	

