



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, 04 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200408325

Vítima: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Data do Acidente: 12/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006540

Conta: 0000031796-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00513/00514 - carta_30 - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJZL6 8BXVU RMUY3 ZBB8Y

PROCURAÇÃO

Eu, Alexandre Anthony Comelo de Sales, brasileiro (a), adv. adm., solteiro, portador (a) da cédula de identidade RG nº 20073799/43, inscrito (a) no CPF sob o nº 604.573.013-50, residente e domiciliado (a) na Rua Pau Bandeira, nº 467, Bairro Polimexiana, CEP 69307-160, telefone nº (95) 991518328, Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 02 de Dezembro de 2020.

Alexandre Anthony Comelo de Sales
OUTORGANTE.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1659501800

PROIBIDO PLASTIFICAR
1659501800

CE

NOME
ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
20073799143 SSP CE

CPF
604.573.013-50

DATA NASCIMENTO
15/11/1998

FUNÇÃO
ANTONIO GERARDO
PEREIRA DE SALES
KEILA VERONICA CAMELO
DE SALES

PERMISSÃO
A/B

ADC
A/B

CA/HAB
A/B

Nº REGISTRO
06857663695

VALIDADE
30/11/2021

1ª HABILITAÇÃO
08/06/2017

OBSERVAÇÕES

REAR:

Assinatura do Portador

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
31/07/2018

Assinatura do Emissor

15841810019
CE166215597

CEARÁ



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019786136



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3685 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **01/11/2019 10:27:08**
Data / Hora da Ocorrência: **12/10/2018 03:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV CORONEL CARVALHO, BARRA DO CEARA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX AO POSTO BR**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXANDRE ANTHONY CAMÊLO DE SALES**
Nascimento: **15/11/1998** CPF: **604.573.013-50**
RG: **20073799143** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **KEILA VERÔNICA CAMÊLO DE SALES**
ANTÔNIO GERARDO PEREIRA DE SALES
Endereço: **RUA PORTO VELHO, 1927 BL 04 AP 104**
Bairro: **GUAJERU**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.600-004**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99635-2711**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWM8522** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC30101R132857** Renavam: **759478902** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano Fabricação: **2001** Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **IGOR ARCANJO CHAVES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA HWM-8522; QUE TRAFEGAVA PELA AV. CORONEL CARVALHO, QUANDO COLIDIU COM UMA ARVORE NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO; QUE APRESENTOU A CERTIDÃO DE Nº3839/2019 - UNICER/ NÚCLEO DE REGISTRO - NUREG/ DIRETORIA DE VEÍCULOS - DIREV DA SECRETARIA DA INFRAESTRUTURA/ DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO, QUE A ÉPOCA DO ACIDENTE A MOTOCICLETA ERA DE SUA PROPRIEDADE DO PERÍODO DE 23/02/2018 À 24/07/2019. E NADA MAIS DISSE ///
OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019786136



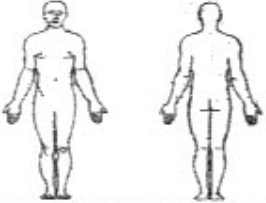
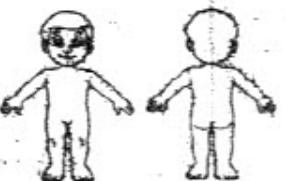
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3685 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Alexandre Anthony C. de Sdes.

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6



		SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA		 Prefeitura de Fortaleza	
PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR					
VEÍCULO: USA 03		PONTO DE APOIO: UFC		Nº DA OCORRÊNCIA: 0054	
DATA: 12/10/2023		TURNO: SN		EQUIPE: DR. RENAN, ENF. JACIO, SOC. MARCOS	
NOME: Alexandre Anthony Damelo de Sales				IDADE: 20 A SEXO: Masculino	
ENDEREÇO: AV. CORONEL DE CARVALHO				BAIRRO: BARRA DO LEÃO	
REFERÊNCIA:				QUY: 04:16 QUU: 04:40	
QTY: 03:41		QUS: 03:26		QUY: 04:16	
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão					
RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA					
RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA		PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)	
☐ RESPONSIVO ☒ NÃO RESPONSIVO		☒ PRESENTE ☐ AUSENTE		☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	
☐ PÉRVAS ☒ OBSTRUÍDAS		POR: Saiba			
A Visualização		B Respiração		C Circulação	
PADRÃO RESPIRATÓRIO		INSPEÇÃO		PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	
☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/ AUSENTE		☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____		☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	
PULSO		PELE		ENCHIMENTO CAPILAR	
☐ NORMOCÁRDICO ☒ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO LOCAL: _____		☒ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA		☒ < 2 seg ☐ > 2 seg	
☒ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL		☒ SUDOREICA ☐ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA		☒ SANGRAMENTO EXTERNO ☐ NÃO	
D Neurologia					
ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)					
ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA ☐ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☒ 2 NENHUMA ☐ 1 TOTAL: 7		ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☒ 2 NENHUMA ☐ 1		OBEDECE A COMANDOS ☐ 6 LOCALIZA A DOR ☐ 5 MOVIMENTO DE RETIRADA ☒ 4 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS					
E Exposição		LESÕES		PEDIÁTRICO	
					
SAMPLA					
FC: 98		PA: 130/80		FR: VM	
GLIC.: _____		OXIM.: 99		TEMP.: _____	

QTY: DESLOCOMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

PREScrição Médica

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

PETE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-ÁRVORE, C/ TCE GRAVE. GLI 7, ALCOOLIZADO?? EUPNÓTICO, AGITADO. FEITO AVP E SQUEL DE RL. REALIZADO DOS C/ MIDAZOLAM + FENTANIL + SUCCIN. (TUBO 8); Realizado 10 JTF. Hemodinamicamente estável. Removido na PRCP.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. / CRM: 2 140

PACIENTE, 20 ANOS, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-ÁRVORE. TCE: 7, ALCOOLIZADO, SENSORES RESPIRATÓRIOS GEMENTE. APRESENTANDO SANGRAMENTO NASAL E ORAL EM QUANTIDADE MODERADA. PRESENTANDO IMOBILIZAÇÃO (C/ LOTA PRAN-CA LOTA). PUNÇONADO AVP (MSD). ADMONSTRADO FENTANIL + DORMONADO + SUCCIN. EV. REALIZADO IMOBILIZAÇÃO OROTRACHEAL (TUBO Nº 8). REMOVIDO AO JTF. E SOB VLA/AMBU. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRENCIAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS. / COREN: ENT. TACCO AGUIAR
COREN: 260471

DESTINO DO PACIENTE

ASS.:

UNIDADE DE SAÚDE: JTF

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: / às hs

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

12 TEN PM

YASTOS - SUP. NOTURNO

Carteira com documentos e R\$ 267,00

celular - Iphone 6

Carregador de celular

colar

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU,

RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 95 PONTO DE APOIO: UFE Nº DA OCORRÊNCIA: 0054
DATA: 12/10/20 TURNO: SIV EQUIPE: Isabel e Barata
NOME: Alexandre Anthony Carneiro Sales IDADE: 35 SEXO: M
ENDEREÇO: Comendador Carvalho 1346 BAIRRO: Barra Ceará
REFERÊNCIA: Chur. Espumoso QTY: 03:15 QUS: 20:30 QUY: 04:10 QUU:
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Motor Arvore

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☐ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO	☐ PRESENTE ☐ AUSENTE	☐ PRESENTE ☐ AUSENTE
☐ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____	

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
☐ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/ AUSENTE	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☐ NORMOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO LOCAL: _____	☐ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL ☐ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA ☐ SUDOREICA ☐ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA	☐ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	☐ SIM ☐ NÃO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA ☐ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	OBEDECE A COMANDOS ☐ 6 LOCALIZA A DOR ☐ 5 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4 FLEXÃO ANORMAL ☐ 3 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2 NENHUMA ☐ 1
TOTAL: _____		
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTOREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS		

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	_____ _____ _____ _____ _____ _____	

SAMPLA

FC:	PA:	FR:	GLIC.:	OXIM.:	TEMP.:
-----	-----	-----	--------	--------	--------

Pte vítima de colisão Motor Arvore,
Transportado na UVA 03 Redireção
AVP, Intubação, Imobilização e
encaminhado ao HX

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. / CRM:

*Jonas Apiao de USA
transportado pela mesma*

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS. / COREN:

DESTINO DO PACIENTE

ASS.:

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: ____/____/____ às ____ hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: ____/____/____

TERMO DE RECUSA

EU, _____

RG / CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
SAMU EM: ____/____/____ às ____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO ESTATÍSTICO - SAME



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO



SAMU
192
REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Alexandre Anthony Camelo de Sales** - C.P.F. - **604.573.103-50**, no dia **12/10/2018**, às **03h26min**, na **Avenida Coronel Carvalho**, no **Bairro Barra do Ceará**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P871166/2019**.

Fortaleza, 26 de Setembro de 2019.

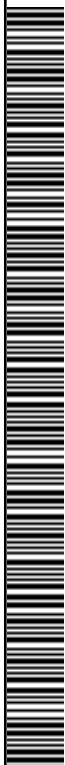
Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 20/09/2019 13:26:34

Por: MÂRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 12/10/2018 04:23:33	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 704705722344339	NOME: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES		Registro: 5584622		
CPF: 60457301350	RG:	D. NASC: 15/11/1998	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: KEILA VERONICA CAMELO DE SALES		NOME DO PAI: ANTONIO GERARDO PEREIRA DE SALES			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: R PARANA		Nº: 1927	BAIRRO: PARQUE ALBANO	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 988460921	MUNICÍPIO: CAUCAIA	UF: CE	CEP: 61600004	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES		PARENTESCO:		TELEFONE: 988460921	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.					
QUEIXAS: COLISAO MOTO/ARVORE + TRAUMA NA CABEÇA + ENTUBADO					
OBSERVAÇÕES: TCE/RESP. INADEQUADA					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Sem dor		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



ANS - nº 36.825-3

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2.º N.º

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

BRUNO BOTELHO

REABILITAÇÃO APOS FRATURA CONSOLIDADA DO FEMUR E PATELA DIREITOS, LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL DIRETO
FISIOTERAPIA MOTORA (ANALGESIA, ADM, ALCOMAMENTOS, FORTALECIMENTO MUSCULAR, TREINO DE MARCHA)

CRM

9329

CE

15 - CLASSE CATEG

16 - 1º

2º

3º

4º

5º

6º

7º

8º

9º

10º

11º

12º

13º

14º

15º

16º

17º

18º

19º

20º

21º

22º

23º

24º

25º

26º

27º

28º

29º

30º

31º

32º

33º

34º

35º

36º

37º

38º

39º

40º

41º

42º

43º

44º

45º

46º

47º

48º

49º

50º

51º

52º

53º

54º

55º

56º

57º

58º

59º

60º

61º

62º

63º

64º

65º

66º

67º

68º

69º

70º

71º

72º

73º

74º

75º

76º

77º

78º

79º

80º

81º

82º

83º

84º

85º

86º

87º

88º

89º

90º

91º

92º

93º

94º

95º

96º

97º

98º

99º

100º

101º

102º

103º

104º

105º

106º

107º

108º

109º

110º

111º

112º

113º

114º

115º

116º

117º

118º

119º

120º

121º

122º

123º

124º

125º

126º

127º

128º

129º

130º

131º

132º

133º

134º

135º

136º

137º

138º

139º

140º

141º

142º

143º

144º

145º

146º

147º

148º

149º

150º

151º

152º

153º

154º

155º

156º

157º

158º

159º

160º

161º

162º

163º

164º

165º

166º

167º

168º

169º

170º

171º

172º

173º

174º

175º

176º

177º

178º

179º

180º

181º

182º

183º

184º

185º

186º

187º

188º

189º

190º

191º

192º

193º

194º

195º

196º

197º

198º

199º

200º

201º

202º

203º

204º

205º

206º

207º

208º

209º

210º

211º

212º

213º

214º

215º

216º

217º

218º

219º

220º

221º

222º

223º

224º

225º

226º

227º

228º

229º

230º

231º

232º

233º

234º

235º

236º

237º

238º

239º

240º

241º

242º

243º

244º

245º

246º

247º

248º

249º

250º

251º

252º

253º

254º

255º

256º

257º

258º

259º

260º

261º

262º

263º

264º

265º

266º

267º

268º

269º

270º

271º

272º

273º

274º

275º

276º

277º

278º

279º

280º

281º

282º

283º

284º

285º

286º

287º

288º

289º

290º

291º

292º

293º

294º

295º

296º

297º

298º

299º

300º

301º

302º

303º

304º

305º

306º

307º

308º

309º

310º

311º

312º

313º

314º

315º

316º

317º

</

[illegible]

[illegible]

RELATÓRIO DE INTERNAÇÃO

PACIENTE: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES
DIAGNÓSTICO: PÓS-OPERATÓRIO DE FRATURA DA PATELA DIREITO
DATA: 16/10/2020
PROCEDIMENTO: RETIRADA FIOS INTRA-ÓSSEOS + TENOPLASTIA
CÓDIGO: 30710022 + 30731119
MATERIAL: SEM MATERIAL

JUSTIFICATIVA: PACIENTE ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO DE FRATURA DA PATELA DIREITA EVOLUINDO COM SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA, NECESSITA RETIRADA DO MATERIAL DE SÍNTESE, BANDA DE TENSÃO INTRA-ÓSSEOS, COM TENOPLASTIA AO NÍVEL DO JOELHO, DEVIDO A RIGIDEZ ARTICULAR, PARA GANHO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO E CONCLUSÃO DO TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO.

FORTALEZA, 16 DE OUTUBRO DE 2020

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 33571/PB 4493

LIGAR PARA AGENDAR PROCEDIMENTO COM KARLA – 98606-0105

ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR
AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES às 19:44, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 7 (SETE) dia(s), a partir de 29/06/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S800

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

FERNANDO HENRIQUE UCHOA DE ALENCAR

CRM 15194

Dr. Fernando Alencar
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15194/RQE 10638

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BLSTD60P5S6K0
Solicitação da Senha : 29/06/2020 19:20:52

29/06/2020 19:44

10.1.32.206



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES às 21:12, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESENTA) dia(s), a partir de 02/03/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S73

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

CRM 12051

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BHMVC30P5N1K0

Solicitacao da Senha : 02/03/2020 20:26:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

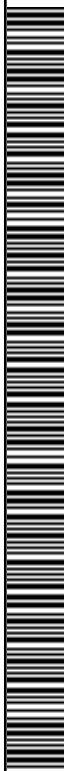
ATESTADO MÉDICO

Atesto para fins comprobatórios que o paciente ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES está em acompanhamento traumatológico, pós-operatório de fratura do fêmur e patela direitos e lesão do plexo braquial direito, CID S72.3 + S82.0. Fixado com haste intramedular e parafusos + banda de tensão. Evoluiu com consolidação óssea. Atualmente em tratamento fisioterápico de reabilitação devido a lesão do plexo braquial do membro superior direito. Refere dor e limitação do arco de movimento. Recomendo afastamento de suas atividades laborais por um período de mais 90 (noventa – ou a critério do médico perito do INSS) dias para tratamento fisioterápico de reabilitação.

Fortaleza, 16 de outubro de 2020

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 9329 RQE 4498

DR. BRUNO BRITO BOTELHO
CRM-CE 9329 RQE 4498
TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA



HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para fins comprobatórios que o paciente ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES está em acompanhamento traumatológico, pós-operatório de fratura do fêmur e patela direitos, CID S82.0 + S72.3. Fixado com haste intramedular e parafusos + banda de tensão. Evoluiu com consolidação óssea. Associado tem lesão do plexo braquial a direita. Permanece com material de síntese. Atualmente com tratamento fisioterápico de reabilitação suspenso devido a pandemia da COVID-19. No momento refere dor, atrofia muscular, limitação do arco de movimento e incapacidade de exercer suas atividades diárias. Recomendo afastamento de suas atividades laborais por um período de mais 90 (noventa) dias, de acordo com o critério do médico perito do INSS) dias para tratamento fisioterápico de reabilitação.

Fortaleza, 30 de JUNHO de 2021


DR. BRUNO BRITO BOTELHO
CRM-CE 9329 RQE 4498

DR. BRUNO BRITO BOTELHO
CRM-CE 9329 RQE 4498
TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA





**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Alexandre Anthony Camelo de Sales

Idade:

Prontuário: 5584622 Unidade: 15 Leito: 09

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente em seu 3º D.P.O. de osteossíntese de fratura complexa de maxila e mandíbula. Evolui eupnéico em ar ambiente, consciente e orientado. Ao exame físico apresenta edema em terço médio e inferior de face compatível com procedimento cirúrgico. Porta BMM com ligas elásticas. Oclusão estável. Limitação de abertura bucal em virtude do bloqueio. Suturas em posição sem deiscências e sem sinais de infecção. Sem queixas álgicas.

Diagnóstico Principal: Fratura de Mandíbula + maxila

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelas apresentadas: não

Procedimentos Cirúrgicos: () Não

1- Cirurgia realizada: **Osteossíntese de FX complexa de Mandíbula e de maxila**

Tipo de anestesia/Sedação: Geral

Cirurgião: Dr. Abrahão

2 - Cirurgia realizada:

Tipo de anestesia/Sedação: Geral

Data: 26/10/2018

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (x) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (x) Atendimento domiciliar () Transferência para:

Retornar: (x) Ambulatório em: 06/11/2018 as 08:00

Cirurgião: Dr. Abrahão

Observações:

Higiene Oral 4 vezes por dia.

Dieta Pastosa Liquidificada

Data: 29/10/2018

Cirurgião-Dentista

CRO/Carimbo

Fortaleza, 19/09/2019 01:09

Página: 1/2



Rede SARA de Hospitais de Reabilitação
Associação das Pioneiras Sociais

Relatório

Data do documento: 17/09/2019

NOME:	ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES	REGISTRO:	F041284
FILIAÇÃO:	KEILA VERONICA CAMELO DE SALES e ANTONIO GERARDO PEREIRA DE SALES	DATA NASC.:	15/11/1998
ENDEREÇO:	RUA PARANÁ CAUCAIA/CE	CPF:	60457301350

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES, 20 anos, procedente de Caucaia-CE.

Trata-se de um paciente com possível lesão musculotendínea do braço direito e defeito monocular de campo visual superior do olho esquerdo, no contexto de um politraumatismo secundário a acidente motociclístico.

Comorbidades/ diagnósticos associados:
Passado cirúrgico de hérnia umbilical.
Alérgico a Dipirona.

Medicações em uso:
Nenhuma.

Resultados de exames:

- Tomografia de encéfalo (13/02/19): Estudo sem particularidades.
 - Tomografia de seios da face (13/02/19): Fratura com vício de consolidação no côndilo mandibular direito, com luxação temporomandibular e encurtamento do ramo mandibular. Placa e parafusos metálicos fixando as paredes anterior e inferior dos seios maxilares.
 - Tomografia de coluna cervical (13/02/19): Estudo sem particularidades.
 - Ressonância de órbitas (13/02/19): Desvio do septo nasal. Restante do estudo, sem particularidades.
 - Ultrassonografia de cotovelo direito (21/02/19): Pele e subcutâneo na área de estudo sem alterações. Tendões comuns dos flexores e extensores de espessura e ecogenicidade normais. Tendões bicipital e tricipital de ecogenicidade e espessura normais. Ausência de derrame articular nas fossas coronóide e olecraniana. Nervo ulnar preservado no interior do túnel cubital. Ventres musculares de trofismo conservado.
 - Potencial evocado visual (21/02/19): Potencial evocado visual compatível com disfunção pré-quiasmática da via visual esquerda.
 - Potencial evocado motor (07/05/19): Presença de comprometimento parcial nas vias de condução cortico-motoneuronais para o membro superior direito.
- Paciente aguarda realização de ressonância de encéfalo, de plexo braquial direito e um retorno para definição da conduta.

Documento gerado e validado eletronicamente pelo Sistema de Informações da Rede SARA
A autenticidade deste documento poderá ser verificada em www.sarah.br/area-paciente/documento

SARA - Fortaleza - Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 4500 - Passaré - Fortaleza - CE / 60.861-630
Fone: (85) 3499-4999 - Fax: (85) 3499-4879

Fortaleza, 19/09/2019 01:09

Página: 2/2

SARAH Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação
Associação das Pioneiras Sociais

Relatório

Data do documento: 17/09/2019

NOME:	ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES	REGISTRO:	F041284
FILIAÇÃO:	KEILA VERONICA CAMELO DE SALES e ANTONIO GERARDO PEREIRA DE SALES	DATA NASC.:	15/11/1998
ENDEREÇO:	RUA PARANÁ CAUCAIA/CE	CPF:	60457301350

CID 10: M 79.6/ H 53.4/ V29.9

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO: 78011090197323-8

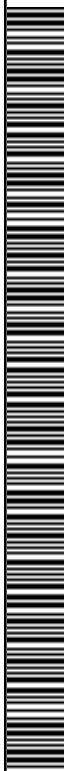
RESPONSÁVEL:

THAISA TENORIO ABREU GOMES - MEDICO - CRM - CE - 015443

Documento gerado e validado eletronicamente pelo Sistema de Informações da Rede SARAH
A autenticidade deste documento poderá ser verificada em www.sarah.br/area-paciente/documento

SARAH - Fortaleza - Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 4500 - Passaré - Fortaleza - CE / 60.861-630
Fone: (85) 3499-4999 - Fax: (85) 3499-4879

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLNW UDUXQ QG74T BH6AR





**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Alexandre Anthony Camelo de Sales

Idade:

Prontuário: 5584622 Unidade: 15 Leito: 09

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente em seu 3º D.P.O. de osteossíntese de fratura complexa de maxila e mandíbula. Evolui eupnéico em ar ambiente, consciente e orientado. Ao exame físico apresenta edema em terço médio e inferior de face compatível com procedimento cirúrgico. Porta BMM com ligas elásticas. Oclusão estável. Limitação de abertura bucal em virtude do bloqueio. Suturas em posição sem deiscências e sem sinais de infecção. Sem queixas algicas.

Diagnóstico Principal: Fratura de Mandíbula + maxila

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelae apresentadas: não

Procedimentos Cirúrgicos: () Não

1- Cirurgia realizada: **Osteossíntese de FX complexa de Mandíbula e de maxila**

Tipo de anestesia/Sedação: Geral

2 - Cirurgia realizada:

Tipo de anestesia/Sedação: Geral

Cirurgião: Dr. Abrahão

Data: 26/10/2018

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (x) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (x) Atendimento domiciliar () Transferência para:

Retornar: (x) Ambulatório em: 06/11/2018 as 08:00 Cirurgião: Dr. Abrahão

Observações:

Higiene Oral 4 vezes por dia.

Dieta Pastosa Liquidificada

Data: 29/10/2018

Cirurgião-Dentista

CRO/Carimbo

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLW UDUXQ QG74T BH6AR





**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota

CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80

RUA SENADOR POMPEU, 1757

Bairro: Centro

Fone: 3255.5000

Fortaleza- CE

CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

PACIENTE: Alexandre Anthony Camelo de Sales

ENDEREÇO: R. Paraná. Nº: 1927 - Caucaia

PRESCRIÇÃO:

USO INTERNO:

1) **Amoxicilina 250mg/5ml (suspensão)** ----- 210 ml

Tomar 10ml de 08/08horas por 07 dias.

2) **Ibuprofeno (gotas)** ----- 1Frasco

Tomar 40gts 08/08h por 03 dias.

3) **Dipirona 500mg (gotas)** ----- 1Frasco

Tomar 40gotas em caso de dor e repetir, se necessário, de 06/06hrs

DATA: 29/10/2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

RG:

ENDEREÇO

FORNECEDOR

DATA: __/__/__

FORNECEDOR:





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES, realizou tratamento cirúrgico de FRATURA DO FEMUR E PATELA DIREITOS. Evolui com consolidação óssea mas ainda com limitação de força muscular. Portanto, sugere-se adiamento do retorno às atividades laborais por 30 trinta) dias.

CID 10: S.72/ S820

Fortaleza, 27 de maio de 2020

Edilmar F. Lessa
Traumatologia-Ortopedia
CREMEC 7399

EDILMAR FERREIRA LESSA

Traumatologia Ortopédica

CREMEC 7399

TEOT 10979



Fortaleza, 27/01/2020 16:01

Página: 1/2

SARAH Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação
Associação das Pioneiras Sociais

Relatório

Data do documento: 27/01/2020

NOME: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES
FILIAÇÃO: KEILA VERÔNICA CAMELO DE SALES e ANTONIO GERARDO PEREIRA DE SALES
ENDEREÇO: RUA PARANÁ CAUCAIA/CE

REGISTRO: F041284
DATA NASC.: 15/11/1998
CPF: 60457301350

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES, 21 anos, procedente de Caucaia-CE.

Trata-se de um paciente com possível lesão musculotendínea do braço direito e defeito monocular de campo visual superior do olho esquerdo, no contexto de um politraumatismo secundário a acidente motociclistico.

Comorbidades/ diagnósticos associados:
Passado cirúrgico de hérnia umbilical.
Alérgico a Dipirona.

Medicações em uso:
Nenhuma.

Resultados de exames:

- Tomografia de encéfalo (13/02/19): Estudo sem particularidades.
- Tomografia de seios da face (13/02/19): Fratura com vício de consolidação no côndilo mandibular direito, com luxação temporomandibular e encurtamento do ramo mandibular. Placa e parafusos metálicos fixando as paredes anterior e inferior dos seios maxilares.
- Tomografia de coluna cervical (13/02/19): Estudo sem particularidades.
- Ressonância de órbitas (13/02/19): Desvio do septo nasal. Restante do estudo, sem particularidades.
- Ultrassonografia de cotovelo direito (21/02/19): Pele e subcutâneo na área de estudo sem alterações. Tendões comuns dos flexores e extensores de espessura e ecogenicidade normais. Tendões bicipital e tricipital de ecogenicidade e espessura normais. Ausência de derrame articular nas fossas coronóide e olecraniana. Nervo ulnar preservado no interior do túnel cubital. Ventres musculares de trofismo conservado.
- Potencial evocado visual (21/02/19): Potencial evocado visual compatível com disfunção pré-quiasmática da via visual esquerda.
- Potencial evocado motor (07/05/19): Presença de comprometimento parcial nas vias de condução cortico-motoneuronais para o membro superior direito.
- Ressonância de encéfalo (8/11/2019): sem alterações significativas.
- Ressonância de plexo braquial direito (8/11/2019): sem alterações significativas.

Documento gerado e validado eletronicamente pelo Sistema de Informações da Rede SARAH
A autenticidade deste documento poderá ser verificada em www.sarah.br/area-paciente/documento

SARAH - Fortaleza - Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 4500 - Passaré - Fortaleza - CE / 60.861-630
Fone: (85) 3499-4999 - Fax: (85) 3499-4879

Fortaleza, 27/01/2020 16:01

Página: 2/2



Rede SARA de Hospitais de Reabilitação
Associação das Pioneiras Sociais

Relatório

Data do documento: 27/01/2020

NOME: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES
FILIAÇÃO: KEILA VERONICA CAMELO DE SALES e ANTONIO GERARDO PEREIRA DE SALES
ENDEREÇO: RUA PARANÁ CAUCAIA/CE

REGISTRO: F041284
DATA NASC.: 15/11/1998
CPF: 60457301350

CID 10: M 79.6/ H 53.4/ V29.9

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO: 71012300217323-1

RESPONSÁVEL:

THAISA TENORIO ABREU GOMES - MEDICO - CRM - CE - 015443

Documento gerado e validado eletronicamente pelo Sistema de Informações da Rede SARA
A autenticidade deste documento poderá ser verificada em www.sarah.br/area-paciente/documento

SARA - Fortaleza - Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 4500 - Passaré - Fortaleza - CE - 60.861-630
Fone: (85) 3499-4999 - Fax: (85) 3499-4879

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLNU UDUXQ QG74T BH6AR



Hapiida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 74870404

1 - Registro Ans **ANS nº 368263** 3 - Nº Guia Principal **74870404** 4 - Data da Autorização

8 - Número da Carteira **81200023499022** 9 - Plano **NOSSO PLANO XXIX - 461604109** 10 - Validade da Carteira

13 - Código na OperadoraCNPJCPF 14 - Nome do Contratado **ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES** 11 - Nome

16 - Nome do Profissional Solicitante **FRANCISCO RICARDO DE SOUZA ARAUJO** 17 - Conselho Profissional **CRM** 18 - Número no Conselho **8923** 19 - UF **CE** 20 - Código CBO S

21 - Data/feira de Solicitação **29/01/2020** 22 - Cartera de Solicitação **E** E - Eletiva U - Urgência/Emergência 23 - CID 10

25 - Tabela 26 - Código do Procedimento 27 - Descrição **MAPEAMENTO DA RETINA - MONOCULAR** 28 - Indicação Clínica **BAV EM OE APOS ACIDANTE ACORRIDO A CERCA DE 2 ANOS** 29 - Chite Sotc 29 - Chite Autor

30 - Código na OperadoraCNPJCPF 31 - Nome do Contratado 32 - T. Log 33-34-35 Logradouro - Número Complemento 36 - Município 37 - UF 38 - Cód. IBGE 39 - CEP 40 - Código CNES

41 - Nome do Profissional Exatante/Complementar 42 - Conselho Profissional 43 - Número no Conselho 44 - UF 45 - Código CBO S 46 - Grau de Participação

46 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 47 - Indicação de Adipng 0 - Adipng ou Doença relacionada ao trabalho 1 - Tratado 2 - Outros 48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

49 - Tipo de Doença 50 - Tempo de Doença 51 - Data 52 - Hora Inicial 53 - Hora Final 54 - Tab 55 - Código do Procedimento 56 - Cde 57 - Via 58 - Tec 59 - %Red / Acréscimo 60 - Valor Unitário - R\$ 61 - Valor Total - R\$ 62 - Valor Total - R\$

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Site 64 - Observação 65 - Total Procedimentos - R\$ 66 - Total Taxas e Abatidos 67 - Total Materiais - R\$ 68 - Total Medicamentos - R\$ 69 - Total Datas - R\$ 70 - Total Gases Medicinas - R\$ 71 - Total Geral da Guia - R\$

72 - Data e Assinatura do Solicitante 73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 75 - Data e Assinatura do Prestador Exatante

76 - Data e Assinatura do Solicitante 77 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 79 - Data e Assinatura do Prestador Exatante

80 - Data e Assinatura do Solicitante 81 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 83 - Data e Assinatura do Prestador Exatante

84 - Data e Assinatura do Solicitante 85 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 87 - Data e Assinatura do Prestador Exatante

88 - Data e Assinatura do Solicitante 89 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 91 - Data e Assinatura do Prestador Exatante



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HAPFOR
NºPedido: 34565323

Data 17/12/2019
Pag 1 de 4

Paciente....: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES
Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M RG.: 20073799143 SSP CE CPF.: 60457301350
Endereco....: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 6054025 0 Tel.: 996352711
Convenio....: HAPVIDA
Matricula...: 81200023499022011
Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX COXA (MENBROS INFERIORES) DIREITA

!c7^Ü8'

6420599821

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fêmur com haste metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HAPFOR
NºPedido: 34565323

Data 17/12/2019
Pag 2 de 4

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES
Nascimento...: 15/11/1998 Sexo: M RG.: 20073799143 SSP CE CPF.: 60457301350
Endereco...: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 60540250 Tel.: 996352711
Convenio...: HAPVIDA
Matricula...: 81200023499022011
Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:
RX CLAVICULA DIREITA

!c7^Ü9'
6420599822

RELATÓRIO:

Presença de fratura com desvio em corpo da escápula.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 34565323

Data 17/12/2019

Pag 3 de 4

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M

RG.: 20073799143 SSP CE

CPF.: 60457301350

Endereco.: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 6054025 0

Tel.: 996352711

Convenio.: HAPVIDA

Matricula.: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX JOELHO: A.P. - LATERAL DIREITO

!c7^Ü:"

6420599823

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fêmur com haste metálica e parafusos.

Há fios de Kirschner estabilizando patela.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 34565323

Data 17/12/2019

Pag 4 de 4

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M

RG.: 20073799143 SSP CE

CPF.: 60457301350

Endereco...: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 6054025 0

Tel.: 996352711

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX BACIA (MEMBROS INFERIORES)

!c7^Ü;"

6420599824

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Redução de espaços articulares em coxofemorais bilateralmente, mais evidentes à direita.

Haste metálica e parafuso fixando fêmur direito.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Dr. Bruno Boreho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 33176 DF 4408

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT - N.º

ANS - n.º 36.825-3

DADOS DO BENEFICIÁRIO

DADOS DO PRESTADOR

DADOS DO PRESTADOR

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

BRUNO BOTELHO

CRM

9329

CE

REABILITAÇÃO APÓS FRATURA DO FEMUR E PATELA DIR

FISIOTERAPIA MOTORA (ANALGESIA, AMPLITUDE DE MOVIMENTO, ALCANÇAMENTOS, FORTALECIMENTO, TREINO DE MARCHA)

DADOS DO CONTRATANTE

DADOS DO CONTRATANTE

DADOS DO CONTRATANTE

DADOS DO CONTRATANTE

DADOS DO ATENDIMENTO

DADOS DO ATENDIMENTO

DADOS DO ATENDIMENTO

DADOS DO ATENDIMENTO

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SEDE

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SEDE

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SEDE

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SEDE

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SEDE

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SEDE

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SEDE

PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SEDE

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 SP/CE

048640562



Imagem para Todos
Diagnóstico por imagem
Laboratório de Análise Clínica

PACIENTE: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

ATEND. 22691

SOLICITANTE: RICARDO MARROCOS

DATA: 19/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

LAUDO

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de ressonância magnética de 0,5 Tesla, com aquisição de imagens em sequências multiplanares com bobinas específicas, ponderadas em T2, FLAIR, T1 pré e pós-contraste, Gradiente Eco e Difusão.

COMENTÁRIOS:

Região supratentorial:

Hemisférios cerebrais simétricos, com distribuição normal dos giros, boa diferenciação entre o córtex e a substância branca, que apresentam intensidade de sinal normal.

Hipocampos simétricos com dimensões e sinal preservados.

Corpo caloso íntegro.

Tálamos e núcleos da base com morfologia e sinal conservados. Proeminência dos espaços perivasculares na região inferior dos núcleos da base, junto à substância perfurada anterior.

Ventrículos laterais e terceiro ventrículos de dimensões normais. Aspecto habitual dos sulcos corticais, cisternas e fissuras.

Linha média centrada. Ausência de coleções extra-axiais.

Região infratentorial:

Mesencéfalo, ponte e bulbo sem alterações.

Hemisférios e vermis cerebelar com morfologia e sinal preservados.

Quarto ventrículo em topografia habitual e de dimensões conservadas.

Cisterna dos ângulos pontocerebelares livres.

CONTINUA>>>



Imagem para Todos
Diagnóstico por imagem
Laboratório de Análise Clínica

PACIENTE: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

ATEND. 22691

SOLICITANTE: RICARDO MARROCOS

DATA: 19/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

LAUDO

Realce paquimeníngeo basal medial, em fossas médias, após a injeção do contraste paramagnético, inespecífico.

Espessamento mucoperiosteal dos seios paranasais, difusamente, sugerindo pansinusopatia. Preenchimento do seio esfenoidal esquerdo, por material com alto sinal T1 e baixo sinal T2, sugerindo material hemático oriundo de sangramento subagudo.

Quiasma óptico, nervos e tratos ópticos e córtex visual sem anormalidades de sinal ou morfológicas ao presente exame.

Artefatos de susceptibilidade magnética produzidos por aparelho ortodôntico.

Dr. BRUNO CORDEIRO BASTOS
CRM 10114

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HAPFOR
NºPedido: 34565323

Data 17/12/2019
Pag 1 de 4

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES
Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M RG.: 20073799143 SSP CE CPF.: 60457301350
Endereco...: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 60540250 Tel.: 996352711
Convenio...: HAPVIDA
Matricula...: 81200023499022011
Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX COXA (MENBROS INFERIORES) DIREITA

!c7^Ü8'

6420599821

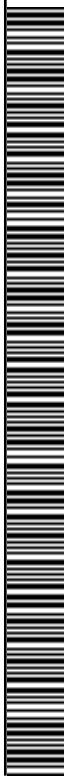
RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fêmur com haste metálica e parafusos.
Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 34565323

Data 17/12/2019

Pag 2 de 4

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M

RG.: 20073799143 SSP CE

CPF.: 60457301350

Endereco...: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 60540250

Tel.: 996352711

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX CLAVICULA DIREITA

!c7^Ü9'

6420599822

RELATÓRIO:

Presença de fratura com desvio em corpo da escápula.

Superfícies e espaços articulares integros.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 34565323

Data 17/12/2019

Pag 3 de 4

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M RG.: 20073799143 SSP CE CPF.: 60457301350

Endereco...: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 60540250 Tel.: 996352711

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX JOELHO: A.P. - LATERAL DIREITO

!c7^Ü:"

6420599823

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fêmur com haste metálica e parafusos.

Há fios de Kirschner estabilizando patela.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM,
RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 34565323

Data 17/12/2019

Pag 4 de 4

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M RG.: 20073799143 SSP CE CPF.: 60457301350

Endereco...: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 60540250 Tel.: 996352711

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX BACIA (MEMBROS INFERIORES)

!c7^Ü;"

6420599824

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Redução de espaços articulares em coxofemorais bilateralmente, mais evidentes à direita.

Haste metálica e parafuso fixando fêmur direito.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

CAERR
CNPJ: 05.839.667/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.855.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.308-610

Matrícula: **1106694** Setembro/2020

Endereço para entrega:
RUA PAU RAINHA, NUM. 00464 - B - PARAVIA
NA RUA VISTA PR 69207-162

Dados do Cliente:
TIAGO NICODENOS CAMELO

Inscrição: **002.030.112.0322.003** Rota: **9** Seq. Rota: **2242** Quantidade de Economias: **1**

Data de Instalação: **13/04/2018** Situação Água: **LIGADO** Situação Esgoto: **LIGADO**

A13B241673

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
756	772	16	31

LEITURA FAT. 756
LEITURA INF.
DT. LEITURA 17/08/2020 17/09/2020

ULTIMOS CONSUMOS

DATA	CONSUMO
202008	14-0
202007	12-0
202006	15-0
202005	15-0
202004	17-0
202003	15-0

MEDIA 14

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	100	100	100	100	100
CONFORMES	100	100	100	100	100

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	16 M3	42,21
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE ÁGUA	33,77
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2020		1,11

TOTAL A PAGAR

VEICIMENTO: 15/10/2020 77,09

IMPRESSO EM: 17/09/2020 09:38:24



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1106694	09/2020	15/10/2020	77,09

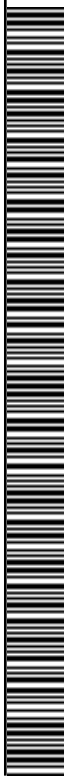
Via do Cliente

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

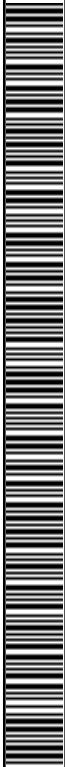
Eu, Alexandre Anthony Comelo de Sales, brasileiro
(a), auxiliar adm. Soltura, portador (a) do RG nº
20073799143 inscrito (a) no CPF sob o nº 504.533.013-50, residente e
domiciliado (a) na Rua Pau-Brasil, nº 464, Bairro
Paraguaná, Boa Vista-RR, CEP 69307-160, telefone
nº (95) 991518328, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 02 de Dezembro de 2020.

Alexandre Anthony Comelo de Sales
DECLARANTE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DENOTRAN			
DETTRAN - CE		Nº 015788920571	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COD. PREN. AN	INSTR.	EXERCICIO
NOEL	01 759478902	0000000000	2017
ALEXANDRE ANTHONY CARRELO DE SALES			
CAUCAIA/CE			
60457301350		HMW8522	
PLACA NOTRAN		CLASSI	
*****/CE		9C2JC3B101R132857	
Espec. de Tráf.		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.		GASOLINA	
MARCA/MODELO			
HONDA/CG 125 TITAN KS		ANO FAB.	ANO INCL.
2P/12CV/124CC	PARTIC	2001	2001
CAP/PTZ	CATEGORIA	COR. PRINCIPAL	
A	VENA, COTA UNICA	COR. SECUNDARIA	
V	FACILITADA	COR. TERCIARIA	
P	MARCA/NUMERO/DIGITOS	COR. QUARTA	
A	*****	COR. QUINTA	
PREMIO TAXA DE REG.		PREMIO TOTAL AN	
180.65	0.70	185.50	27/04/2017
DATA DE PAGAMENTO			
CAUCAIA		23/02/2016	





**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
*Secretaria da Infraestrutura
Departamento Estadual de Trânsito*



DIRETORIA DE VEÍCULOS - DIREV
NÚCLEO DE REGISTRO - NUREG

Certidão nº 3839/2019 - UNICER

Fortaleza, 18 de Outubro de 2019

Assunto: HISTÓRICO DO VEÍCULO - USUÁRIO

CERTIFICAMOS, por requerimento da parte interessada, através do processo nº 09121360/2019, para devidos fins e efeitos legais, que o veículo de Placa: HWM8522, Tipo: MOTOCICLETA, Marca/Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS, Cor: PRETA, Ano Fabricação/Modelo: 2001 / 2001, Chassi: 9C2JC30101R132857, Renavam: 759478902, esteve registrado no banco de dados deste Departamento em nome de ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES, CPF: 604.573.013-50, no período de 23/02/2018 à 24/07/2019. O referido é verdade e dou fé.

*** FIM DO TEXTO ***

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://central.detrان.ce.gov.br> na funcionalidade "Autenticar Documento", informando o número da autenticação: **F8D80A94C5E1A3AB56D36CEC2A675FFD** ou realizando a leitura do QRCode ao lado.



Documento assinado eletronicamente por:

BRENDA DE FATIMA DO NASCIMENTO ANDRADE, AGENTE DE TRÂNSITO E TRANSPORTES, MATRICULA: 3006280, 22/10/2019 08:34
LIDUINA MARIA PINHEIRO DA SILVA, ANALISTA DE TRÂNSITO E TRANSPORTES, MATRICULA: 3006496, 18/10/2019 15:14
MARIA LUCIA MELO FIALHO, ASSISTENTE DE ATIVIDADE DE TRÂNSITO E TRANSPORTE, MATRICULA: 975, 18/10/2019 14:09

DETRAN/CE - Departamento Estadual de Trânsito do Ceará
Av. Godofredo Meinel, N° 2900 - Maraponga, CEP 60.710-930, Fortaleza CE