

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

EDUARDO KIRIHO KIRIHOX

1004215740

1270878 **SP** **CE**

049.974.933-84 **22/08/1948**

LAURO PEREIRA KIRIHOX

FRANCISCA KIRIHO KIRIHOX

01447067813 **08/08/2027** **30/08/1974**

1004215740

15/09/2014

4803196886
08143824687

DETRAN-CE (GEAR)

10-1-74



Nº DO CLIENTE

2348271-0

Para aplicar seu medidor, entre a 1ª linha

CEP 02041-250/000-70 | CPF 03.108.943-3

engie

A Rede Social de Energia Elétrica

do cliente para Lei nº 10.438

de 26 de abril de 2002

Companhia Brasileira de Energia

Rua Pôrto Velho, 150

CEP 00135-000 | Fone: 011 3071-1100

CEP 00135-000 | Fone: 011 3071-1100

engie



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 25 14006 02 149500 - 7

Nome ADALTO RIBEIRO SINDEAUX

End. Postal DT GENIPAPEIRO 08007

Mod. DT JOSE LOPES - SENADOR POMPEU

Classe 04-RURAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 049874933-04

Nome do Responsável

DATA

Site de Referência

Agendamento

Problema

Leitura

Fev/2017 07/03/2017 07/03/2017

ICONE

Base de Cálculo (R\$) Alíquotas, Valor do Imposto

ISDIT

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

001.232.102.1013.0641.2012.1201.1201

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual

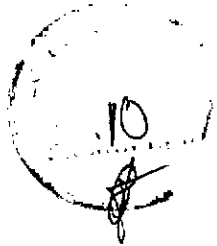
Unid. Anual

Unid. Anual

Unid. Anual



**YAGO PINHEIRO
ADVOGADO**



PROCURAÇÃO "AD JUDÍCIA"

OUTORGANTE: Adauto Ribeiro Sindeux
Portador(a) da Cédula de Identidade nº 1278878 Órgão Emissor
SSP-CE, inscrito no CPF sob o nº 049.074.933-04, residente e
domiciliado(a) na Distrito Genipapeiro Nº 07,
Bairro Zona rural Cidade Senador Pompeu, CEP: 63.600.000

OUTORGADO (S): **YAGO PINHEIRO SILVA**, brasileiro, solteiro, advogado,
regularmente inscrito na OAB-CE sob o nº 32.825, com escritório profissional
situado a Rua Leonel Vale, nº 15, Centro, Senador Pompeu, Estado do Ceará, CEP
63.600-000.

PODERES: amplos poderes para dar assistência, patrocínio e acompanhamento,
bem como representação nos demais atos e pedidos que se façam necessários à
administração deste mandato, podendo transigir, fazer acordo, firmar
compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do
pedido, receber intimações, receber e dar quitação, 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
também, atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Senador Pompeu-CE, 12 / novembro / 2018

Adauto Ribeiro Sindeux
Outorgante



YAGO PINHEIRO
ADVOGADO

11
P

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu Adauto Ribeiro Sindenex,
brasileiro, Estado civil casado, portador(a) da Cédula de Identidade nº
1278878 Órgão Emissor SSP-CE, inscrito(a) no CPF sob o
nº 049.074.933-04 residente e domiciliado na
DT. de Fenipapeiro, Nº 07, Bairro Zona rural,
Cidade S. Pompeu, CEP: 63.600,00, declaro que, em função de
minha situação financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das
custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família,
nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Senador Pompeu-CE, 12 / NOVEMBRO / 2018.

Adauto Ribeiro Sindenex

OUTORGANTE

SINISTRO 3170347541 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev Previdência S/A-Filial
Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX**CPF/CNPJ:** 04907493304**Posição em 11-07-2017 09:12:43**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

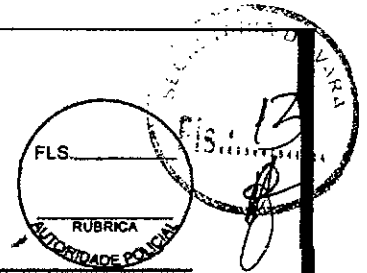
Valor: R\$ 2.362,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
11/07/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 701 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/05/2017 11:31:05**
Data / Hora da Ocorrência: **05/04/2017 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DO JENIPAPEIRO**
Complemento:
Bairro: Município: **SENADOR POMPEU/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX**
Nascimento: **22/05/1945** CPF: **049.074.933-04**
RG: **1278878** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **FRANCISCA RIBEIRO SINDEAUX**
LAURO PEREIRA SINDEAUX
Endereço: **SITIO JENIPAPEIRO**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.600-000**
Município: **SENADOR POMPEU/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

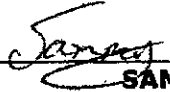
Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HUZ5470** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi: **9C2JC2501RRS24961** Renavam: **631920617** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação: **1994** Ano Modelo: **1995** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA**
Proprietário: **ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Compareceu em cartório desta, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima citado, o declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava com o veículo supracitado; QUE ao bater em uma pedra perdeu o equilíbrio e caiu ao solo; Que o declarante informa que foi para o hospital de Senador Pompeu/CE e em seguida transferido para o hospital de Fortaleza/CE; Que em consequência do acidente o declarante afirma que sofreu fratura no dedo da mão esquerda e teve seu pé esquerdo cortado; Que tem como testemunhas do acidente as seguintes pessoas: JOSÉ WILSON SOBRINHO RG 1734087-88 e CARMEM MIRANDA OLIVEIRA SOUZA RG 1734913-88; Que o declarante procurou esta delegacia para lavrar este boletim de ocorrência, e ficou ciente que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :  **SAMMY ALVES PASSOS - MAT.: 30111419**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

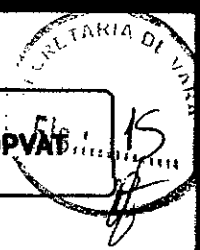
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE Ocorrência Nº 551 - 701 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Mauro Roberto Simões

VISTO DO DELEGADO(A) : JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Adriano Ribeiro Simeaux
PORTADOR(A) DO RG Nº 1978878 EXPEDIDO POR SPSP - PE EM / / E
CPF 029074983-00 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO ABRIGADOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Adriano Ribeiro Simeaux, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Fundonal.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0754 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 36230-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SEN. Poupança, 01 de junho de 2017 Adriano Ribeiro Simeaux
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Adauto Ribeiro Sundeaux, portador da carteira de identidade nº 397.8878 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029.074.933-04, residente e domiciliado na STTD GENIPARÉ, Cidade Sinador Pompou, Estado CEARA, 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:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Adauto Ribeiro Sundeaux

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SINADOR POMPÓU-CE 01/06/2017

Local e data



Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua: Joaquim Ferreira de Magalhães, 997 - Centro
CEP 63.600-000 - Senador Pompeu - Ceará

01/05

71

PLANO TERAPÊTICO E TRATAMENTOS

Nome: Adalto Ribeiro Sindeaux Idade: 71 Data: 05.04.2017 Enfermaria: Nora 17/2 Leito: Médico: DIH:

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO MÉDICA																														
Lilacal: Bruno Pereira Sindeaux Fce Ribeiro Sindeaux End: Sítio Puraquebo - Sen. Pompeu Data Rec. 22.05.17 - Acidente motociclístico c/ hemiplegia em membros inferiores com 40 quilos de peso GO - Limpia - Ceftriaxona 1g IV q8h - Ac. Thiocetato		19:15hs. Data transcrita 2/ Mon. Respiração Anter. Nete. Dr. Carlos Milfont Oquental Médico CREMEC - 17109																															
CONFERE COM ORIGINAL 07/04/2019 JLU Responsável: SAME MMA CNPJ 07.302.097/0001-44		ENFERMAGEM CONHECIMENTO	<table><tr><th>HORA</th><th>PA</th><th>T</th><th>FC</th><th>FR</th><th>HGT</th></tr><tr><td>06:00</td><td>150x100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>00:00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	06:00	150x100					12:00						18:00						00:00					
HORA	PA	T	FC	FR	HGT																												
06:00	150x100																																
12:00																																	
18:00																																	
00:00																																	
Alzemar Alves Sindeaux																																	



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 horas de proteção à vida

Boletim de Emergência Reg.: 55 02770

O Sr.(a) Adauto Ribeiro Sindeaux

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 06/04/17, às 10:00 h.

Tendo como causa do socorro fratura exposta no
de quadril esquerdo. Realizada
cirurgia + imobilização.

Observações: Necessita afastar-se de
suas atividades profissio-
nais por 60 (sessenta) dias.

Fortaleza, 06 de Abril de 2017

Médico de Plantão - CRM: [Assinatura]

CPF: [Assinatura]



INSTITUTO DR. JOSÉ PINTO
"24 horas de proteção à vida"

Fortaleza

RECEITUÁRIO

Nome: Adauto Ribeiro BE/Prontuário: 5502770
Sindeux

R4 _____ Uso tópicos

Colágeno _____ dtb.

colocar sobre a ferida e cada troca do curativo.

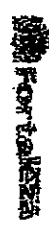
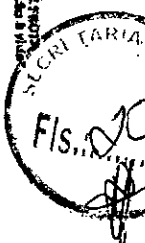
CRM 4291 / CPF 16883303-82
Clínica Médica
Dr. Adauto Ribeiro

Data: 27/04/77

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O I.D.F. SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA CIDADE DE VERA - 01/007/05 - Via Única - Percurso A5 (5400016)



RECEITÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Instituto Dr. José Frota		1ª Via - FARMACIA	
CNPES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80		2ª Via - PACIENTE	
Rua Senador Pompeu, 1757		Carimbo e Assinatura Médico	
Bairro: Centro Fone: 3255.5000			
Fortaleza - CE CEP: 60025-001			
Paciente: Adalto Ribeiro S. m deaux			
Endereço: Genipacito - Senador Pompeu - Zona Rural			
Prescrição: Use Once			
1) Cefalexina 500mg 28 comp.			
Tomar 01 comp. de 6/6 horas por 07 dias.			
Data: 06/04/2017.		Carimbo e Assinatura Médico	
Nome:		Data: / /	
Nº Ident.:		UF:	
Endereço:		Fornecedor:	
Nº:		Bairro:	
Cidade:		UF:	
CEP:		Tel.:	
		Carimbo e Assinatura	



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2ª Via - de preservação a vida

Boletim de Emergência Reg: 55.00770

O S: (a) Adalto Ribeiro S. m deaux

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 06/04/17, às 10:00h.

Tendo como causa do socorro fratura exposta no

le quadril direito, aguardando a

liberação para cirurgia + anestesi-

ologia.

Observações: Manita afetada - pe de

para o diagnóstico (prodromia)

mais por 60 (sessenta) dias.

Fortaleza, 06 de Abril de 2017

Médico de Plantão - CRM:

CPF:

RECEITUÁRIO

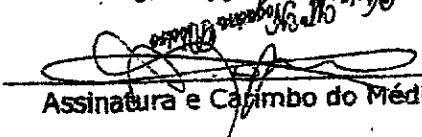
Nome: Adauto Bibeiro Sindaux BE/Prontuário: _____

Rx: USO Oral

① Dipirona 500 mg ————— 20 comp
Tomar 01 comp de até 06/06h,
se dor.

② Ibuprofeno 600mg ————— 10 comp
Tomar 01 comp de 12/12h por
5 (cinco) dias.

Data: 06/04/17


Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 006.893 Versão 1 - 01/02/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 27/04/2017 8:57:9

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 06/04/2017 06:25:20	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 700108915838020	NOME: ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX			Registro: 5502770			
CPF: 04907493304	RG: 1278878	D. NASC: 22/05/1945	ESTADO CIVIL: C	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: FRANCISCA RIBEIRO SINDEAUX		NOME DO PAI: LAURO PEREIRA SINDEAUX					
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: JENIPAPEIRO		Nº: SN	BAIRRO: ZONA RURAL		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: SENADOR POMPEU		UF: CE	CEP: 63600000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: ALZEMAR		PARENTESCO: FILHO		TELEFONE: 996347135			
ACIDENTE DE TRABALHO							
DE VÍNCULO:		CSO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão, inclui capotamento, queda ou projeção de uma motociclista							
QUEIXAS: queda de moto há 10 hs com trauma dedo mão fx exposta							
OBSERVAÇÕES: dor moderada							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
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:					

AVISO DE PROTOCOLO - SUS
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 04/04/2017
MATRÍCULA 13466
SERVIDOR 11

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - CE Nº 012257873604
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 631920617 R.N.T.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2016

NOME
ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX

SENADOR POMPEU/CE

CPF / CNPJ 04907493304 PLACA HUZ5470

PLACA ANT / UF *****/CE CHASSI 9C2JC2801RRS24961

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN ANO FAB. 1994 ANO MOD. 1998

CAP / POT / CL. 2P/12CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE CINZA

COTA ÚNICA ***** VENC. COTA ÚNICA **/**/** VENC. / COTAS

1º ISENTO
2º NAO
3º INCIDE

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 286.75 IOF (R\$) 1.11 PRÊMIO TOTAL (R\$) 292.81 DATA DE PAGAMENTO 09/12/2016

OBSERVAÇÕES

SENADOR POMPEU
Igor Pompeu
DETRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PE SOAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PE SSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU SEGURO DPVAT

CE Nº 012257873604, BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 09/12/2016

VIA 01 CPF / CNPJ 04907493304 PLACA HUZ5470

RENAVAM 631920617 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB. 1994 ANO MOD. 09 CHASSI 9C2JC2801RRS24961

PRÊMIO TARIFÁRIO

129.04 14.34 143.38

PRÊMIO DO BILHETE (R\$) 1.11 IOF (R\$) 0.00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 292.81

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO 09/12/2016

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOSEGUROADONA LICENSA DPVAT
MOTOR JC25E-RP44903-090001-04
www.organdetransito.com.br



DATA

Nesta data recebi os presentes autos.
Senador Pompeu, 13/11/2018.

29
[assinatura]

Bel^a Jacqueline Frota de Sá Carneiro
Supervisora de Secretaria

REGISTRO E AUTUAÇÃO

Nos termos do art. 46 do Provimento nº 01/2007 da CGJ/CE, autuei e registrei os presentes autos sob o número 7677/2018, no Livro de Registros de Feitos Cíveis nº 04 desta Secretaria de 13/11/2018.

Bel^a Jacqueline Frota de Sá Carneiro
Supervisora de Secretaria

CONCLUSÃO

Nesta data faço estes autos conclusos ao MM.
Juiz de Direito.
Senador Pompeu, 13/11/2018.

Bel^a Jacqueline Frota de Sá Carneiro
Supervisora de Secretaria

