Fls.: 08

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

[illegible] RIBEIRO [illegible]

1270878 SSP CE

049.074.933-04 22/05/1948

LAURO PEREIRA [illegible]

FRANCISCA RIBEIRO
[illegible]

[redacted] [redacted] AC

01447887813 06/09/2027 30/08/1974

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1004215740

QUIXADA, CE 15/09/2014

48031866056
CE143624087

DETRAN-CE (CEARÁ)

1004215740

Nº DO CLIENTE

2348271-0

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 464467079

Rota 25 14006 02 149500 - 7
Data de Emissão 06/02/2017
Nome ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX
End. Postal DT GENIPAPEIRO 00007
DT JOSE LOPES - SENADOR POMPEU - 63600000
Medidor 10337774
Poste 0000 0000
Classe 04-RURAL MONOFASICO
Fator de Potência
RG / CPF / CNPJ 049074933-04
CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2017	07/03/2017	07/03/2017

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto SENADOR POMPEU
Mês Dez 2016
EUSD 12,56
Padrão [illegible]
Apuração Individual

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,73	21,46	42,92	0,00	0,00	0,94
FIC	7,67	15,34	30,69	0,00	0,00	2,00
DMIC	5,78			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

#051.2267.102F.1813.0641.B012.1324.E81F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
8494	8415	1,00	79	0,00	79	[illegible]	[illegible]

06 02 17 09 01 17 28 DIAS 79

DESCRIÇÃO **VALOR (R$)** 28,07

VALOR CONSUMO DO MES 28,07
DISTRIB. SIMOES DE LIVROS - 085 3322-5585 70,00

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	15,50
Transmissão	0,43
Distribuição	5,32
Encargos Setoriais	3,05
Tributos (ICMS PIS COFINS)	1,76
TOTAL	28,07

HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

83	79	5	80	97	69	117	57	133	45	157	32	136

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica(%CO_2)
24,14	0,00	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414

Consta desta fatura R$ 1,78 referente a PIS e COFINS.

A Bandeira para o mês de marco é amarela, com custo de R$ 2,00 a cada 100 kWh consumidos.
Informacoes em WWW.ANEEL.GOV.BR.

Fls. 09

10

PROCURAÇÃO *"AD JUDÍCIA"*

OUTORGANTE: Adauto Ribeiro Sindeaux,
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 Sindeaux
Outorgante

11

DECLARAÇÃO DE HIPOSSSUFICIÊNCIA

Eu Adauto Ribeiro Sindeaux, 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 D.T. de Jenipapeiro, Nº 07, Bairro Zona rural, Cidade S. Pompeu, CEP: 63.600,000 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 Sindeaux

OUTORGANTE

SINISTRO 3170347541 - Resultado de consulta por beneficiário

SECRETARIA DE VARA
Fls.: 12

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

FLS. 13
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

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** Orgão 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 cientificado 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 mas disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

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

FLS. 14
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 551 - 701 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: ________________

VISTO DO DELEGADO(A) : ________________

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417

Seguradora **LÍDER**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Adaunto Ribeiro Sindeaux,
PORTADOR(A) DO RG Nº 1978878 EXPEDIDO POR SSP-CE EM ___/___/___ E
CPF 009.074.933-01 /CNPJ ___ PROFISSÃO AGRICULTOR
E RENDA MENSAL DE R$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marino Ribeiro Sindeaux, 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 Funcional.
- 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 benefiário/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. Pompeu-CE, 01 de Junho de 2017 — [signature]
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.

Fls.: 16

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Adauto Ribeiro Sindeaux, portador da carteira de identidade nº 1978878 e inscrito no CPF/MF sob o nº 019.074.933-04, residente e domiciliado na Setto Gonçalves, Cidade Senador Pompeu, Estado Ceará, 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:

(X) 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 Sindeaux

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Senador Pompeu-CE 01/06/2017

Local e data

01/05 71

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

PLANO TERAPÊTICO E TRATAMENTOS

Nome:	Idade:	Data:	Enfermaria:	Leito:	Médico:	DIH:
Adalto Ribeiro Sindeaux	71	05.04.2017	Nova 17:2[illegible]			-

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO MÉDICA
Filiação: Lauro Pereira Sindeaux			
Fca Ribeiro Sindeaux			
End.: Sítio Juazeiro – Sen. Pompeu			
Data nasc. 22.05.45 –			
Acidente motociclístico c/			
[illegible] em mão e pé			
[illegible] c/ [illegible]			
em 4º quirodáctilo			
CD – Limpeza			
– [illegible]	SF 0,9% 100ml 18/30		
– Ac. Tranexâmico			
Dr. Caio Milfont Quental Médico CREMEC - 17100		19:15h Pcte transferido p/ Hosp. Regional Pontes Neto.	
CONFERE COM ORIGINAL 07/04/2017 [illegible] Responsável - SAME MHSI CNPJ 07.382.897/0002-44		[illegible] ENFERMEIRA COREN-CE 256[illegible]	
Alzemor Alves Sindeaux			

HORA	PA	T	FC	FR	HGT
06:00	150x100				
12:00					
18:00					
00:00					

Fls. 18

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção a vida"

Boletim de Emergência Reg.: 5502770

O Sr.(a) Adauto Ribeiro Sindeaux

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

Tendo como causa do socorro fratura exposta no 4º quirodáctilo esquerdo. Realizada cirurgia + imobilização.

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

Fortaleza, 06 de Abril de 2017

Médico de Plantão – CRM:

CPF:

Haus: doc\Arq Word\CPU\Boletim de Emergência Reg.doc

SECRETARIA DE VARA
Fls. 19

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

Fortaleza

RECEITUÁRIO

Nome: Adauto Ribeiro Sindeaux BE/Prontuário: 5502770

R/ — Uso tópico

Kollagenase — 01 tb.

colocar sobre a ferida a cada troca do curativo.

Dra. Vânia Nogueira Albuquerque
Cirurgia Plástica
CRM 4291 / CPF: 16508303-82

Data: 27/04/17

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

MA 000.983 Versão 1 - 01/MAY/96 – Via Única – Formato A5 (148X210).

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas da proteção à vida"

Fortaleza

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: Adallto Ribeiro Sindeaux

Endereço: Jenipapeiro - Senador Pompeu - Zona Rural

Prescrição: Uso Oral

1) Cefalexina 500mg ———— 28 comp.
Tomar 01 comp. de 6/6 horas por
07 dias.

Data: 06/04/2017. Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FORNECEDOR
Nome:		Data: / /
Nº Ident.:	UF:	Fornecedor:
Endereço:		
Nº: Bairro:		
Cidade:	UF:	
CEP:	Tel.:	Carimbo e Assinatura

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção a vida"

Boletim de Emergência Reg.: 550770

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 4º quirodáctilo esquerdo. Realizada cirurgia + imobilização.

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

Fortaleza, 06 de Abril de 2017

Médico de Plantão – CRM:

CPF:

Fl. 21

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

Fortaleza

RECEITUÁRIO

Nome: Adauto Ribeiro Sindeaux BE/Prontuário: ______

Rx

USO ORAL

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

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

CRM 4281 / CPF: 16888303-82
Cirurgia Plástica

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

MA 000.003 Versão 1 - 01/SET/06 – Via Única - Formato A5 (148X210).

Prefeitura de Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE HOSPITALAR e-SUS

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: 700108915839820	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: S/N	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					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO 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 motocicleta					
QUEIXAS: queda de moto ha 10 he com trauma dado mao fx exposta					
OBSERVAÇÕES: dor moderada					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	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 - UPA
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 27/04/2017
MATRICULA SERVIDOR(A)

EMR_EmergencyAttention

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

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

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	631920617	0000000000	2016

NOME
ADAUTO RIBEIRO SINDEAUX
****
****
SENADOR POMPEU/CE

CPF / CNPJ	PLACA
04907493304	HUZ5470

PLACA ANT / UF	CHASSI
******/CE	9C2JC2501RR524961

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOLINA

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

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

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
*******,**	**/**/**	1ª ISENTO
FAIXA IPVA: ***	PARCELAMENTO / COTAS: *******,**	2ª NAO
		3ª INCIDE

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
286.75	1.11	292.01	09/12/2016

OBSERVAÇÕES
****
****
****

SENADOR POMPEU 09/12/2016
Igor Ponte
DETRAN
EXPEDIDOR

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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	DATA EMISSÃO
2016	09/12/2016

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
01	04907493304	HUZ5470

RENAVAM	MARCA / MODELO
631920617	HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB.	CAT.	CHASSI
1994	09	9C2JC2501RR524961

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
129.04	14.34	143.38

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO COBRADO (R$)
	1.11	292.01

PAGAMENTO: COTA ÚNICA / PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO: 09/12/2016

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOC
MOTOR: JC25E-R8E1961
SEGURADORA LÍDER DPVAT
www.seguradoralider.com.br

CONTRAN DENATRAN

DATA

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

Belª 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.

Belª 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.

Belª Jacqueline Frota de Sá Carneiro
Supervisora de Secretaria