

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO	
 NOME ALBERTO DOMINGOS DA SILVA DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 309124496 SSP CE CPF 797.785.423-68 DATA NASCIMENTO 15/12/1978 RELACÃO JOSAPA DOMINGOS DA SILVA SOGAIDE ROMAO DOMINGOS PERMISSÃO [] NCC [] CAT. HAB. A IP REGISTRO 05572903706 VALIDADE 07/11/2016 1ª HABILITAÇÃO 21/09/2012	
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 882400090	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO: <i>Alberto Domingos da Silva</i> ASSINATURA DO PORTADOR LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 01/11/2013 <i>[Signature]</i> 83568418629 CE138529140 PROIBIDO PLASTIFICAR 882400090 DEFINIR: CE (CENRA)	

Width1W
dth3Widt
h993Widt
h3Widt8
643



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

Width1Width3Width993Width3Width8643

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS – B.O.

➤ DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O.: 461-02065/2015 CIOPS: -

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 03/06/2015 11:07

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 13/04/2015 21:32

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: **ROD BR-116**
RIACHÃO ITATINGA/CE

PONTO DE REFERÊNCIA: **PRESÍDIO**

MATERIAL(IS) ROUBADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: Afirma o declarante que no dia, hora e local supra, vinha guiando sua moto de marca Honda/CG 150 Fan ESI, ano 2010, placa NVB-8726, cor preta, em nome de seu pai JOSAFA DOMINGOS DA SILVA, quando o motor da moto travou, fazendo com que o declarante perdesse o controle da mesma e vindo a cair ao chão, tendo trauma no membro superior esquerdo, no quadril e glascow 15, além de escoriações pelo corpo; QUE foi socorrido por populares para a UPA desta cidade. E nada mais disse. Encerro o presente boletim.

➤ DADOS DA VÍTIMA

NOME: **ALBERTO DOMINGOS DA SILVA**

RG: 309124496 ORG?O EMISSOR: SSP UF: CE

CPF: 79778542368

DATA DE NASCIMENTO: 15/12/1978

FILIAÇÃO: **JOSAFA DOMINGOS DA SILVA**

ZENAIDE ROMAO DOMINGOS

ENDEREÇO: **R JOSE LUIS DA SILVA 162**

CATOLE

HORIZONTE/CE

TELEFONE: 91663306

➤ DADOS DO NOTICIANTE

NOME: VÍTIMA

Alberto Domingos da Silva



DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: **135608---1-1**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Alberto Domingos da Silva

VISTO DO DELEGADO(A): _____



UPA24h
SARDEGNA DE PRONTO SOCCORSO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA		HORIZONTE - CEARÁ		UPA 24h	
150291310		13/04/2015 21:32:42		UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	
Paciente		FICHA DE ATENDIMENTO		EMERGENCIA	
ALBERTO DOMINGOS DA SILVA#		Data Nascimento		Idade	
Tipo Doc		Documento		CNS	
IDENTIDADE 309124496		Data Emissão		CPF	
Mãe		Sexo		Estado Civil	
ZENAIDE ROMAO DOMINGOS		M		RAÇA/COR	
Endereço		Pai		Naturalidade	
- RUA JOSE LUIZ DA SILVA - 162 - CATOLE - HORIZONTE - CE		JOSAFIA DOMINGOS DA SILVA		FORTALEZA - CE	
Class. de Risco		Plano Convênio		Validade	
LARANJA		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Autorização	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Sis. Prenatal	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA		Temp.	
Setor		Tipo de Chegada		Peso	
URGENCIA / EMERGENCIA		DEMANDA ESPONTANEA		Pressão	
Queixa Principal		Profissional do Atend.		Procedência	
ESCORIAÇÕES NO MSE POR ACIDENTE MOTO (SIC)				PSFCATOLE - (PSF	
Anamnese de Enfermagem		Procedimento Sol.		Registrado por	
				NEIDE	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)		GSC		TOTAL	
		AQ: 1234 RV: 12345 MRV: 123455			
Exame Físico		Sintoma Febril		Sintomático Respiratório	
Hipótese Diagnóstica				Suspeita de Dengue	
SADT - Exames Complementares		RAIO X		ULTRA-SOM	
		TC		SANGUE	
		URINA		ECG	
		OUTROS*			
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
① D. de febre 7 dias		22/03/15			
② Rx					
Conduta		Alta por Decisão Médica		Ambulatório	
		Alta a Pedido		Observação (Até 24h)	
		Alta a Revelia		Internação	
		Transferência para:		Data e Hora da Saída/Alta	
óbito		Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não		Destino: () Família () IML Anatomia Patológica	
Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Médico		Carimbo e Assinatura do Médico	
Impresso por: Ieda		Data Hora: 13/04/2015 21:35:44		CONFERE COM O ORIGINAL	
				07/05/15	
				P. B. A. N. O.	
				FIMVRS	



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAUDE

Av. Pres. Castelo Branco, 1782 - Centro - BR 116 - Km 40
CEP 62880-000

CNPJ: 23.535.196/0001-86 - Pabx: 3336.6000
e-mail: saudehorizonte@click21.com.br

UNIDADE DE SAÚDE:

PACIENTE:

RA:

Alberto D. da Silva

① *Rifoxina spray*
Wobcan 2x/dia

② *Augmentin 600mg*
1x/dia



DENGUE

- ✓ Saiba que Dengue tem cura espontânea.
- ✓ Evite tomar AAS, Diclofenaco
- ✓ Beba bastante água
- ✓ Evite esforços físicos
- ✓ Elimine os focos da sua casa
- ✓ Procure o Hospital se surgirem sinais como:
 1. Dor na barriga que não passa;
 2. Vômitos frequentes em poucas horas
 3. Desmaios e suor frio com tonturas
 4. Muita sede que não passa
 5. Sangramentos do nariz, boca, vômitos, urina e/ou fezes pretas.

HORIZONTE

13/04/15

ASSINATURA

DATA				
PA SENTADO				
PA DEITA DO				
PROVA DO LACQ				
TEMP AXILAR				



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE
Av. Pres. Castelo Branco, 1782 - Centro - BR 116 - Km 40
CEP: 62880-000 - Horizonte - CE
Pabx: (85) 3336.6050 - Fax: (85) 3336.6050
e-mail: saudehorizonte@click21.com.br

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE

Alberto Domingos

NECESSITA DE

03

DIAS DE LICENÇA PARA

TRATAMENTO DE SAÚDE

C.I.D.

Acidente de trânsito / morte

HORIZONTE

13/04/15

Dr. Carlos Falcão
Clínico
CREMEC 3822

MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DA SAÚDE

Av. Pres. Castelo Branco, 1782 - Centro - BR 116 - Km 40
CEP: 62880-000 - Horizonte - CE
Pabx: (85) 3336.6050 - Fax: (85) 3336.6050
e-mail: saudehorizonte@click21.com.br

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE Alberto Domingos
da Silva

NECESSITA DE 02 (dois) DIAS DE LICENÇA PARA

TRATAMENTO DE SAÚDE.

C.I.D. V 29.9

HORIZONTE 16/04/2015

67.
MÉDICO



MAMEDE ADRIANO FILHO, OAB/CE: 27490
Rua José Hipólito, 485, Sala 9, Messejana - Fortaleza-Ce.
CEP: 60.871-170- Cels: (85)88081329(oi); (85)96298847(tim);
(88)94518229(claro) e: e-mail – mamedeadriano@globo.com

fls. 15

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

Nome: ALBERTO DOMINGOS DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO	Profissão: ENTREGADOR	Carteira de Identidade: 05572903706-SSPCE
CPF nº: 797.785.423-68	Residência: RUA JOSE L DA SILVA	
Bairro: CATOLE	Cidade: HORIZONTE	Estado: CE CEP: 62.870.000

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador Dr. **MAMEDE ADRIANO FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE., sob o N°. 27490, com escritório na Rua José Hipólito – 485 – Sala – 09, Centro de Messejana – Fortaleza - CE. CEP – 60.871-170, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **receber e dar quitação**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

HORIZONTE – CE 16/09/2015

Alberto Domingos da Silva

OUTORGANTE



MAMEDE ADRIANO FILHO, OAB/CE: 27490
Rua José Hipólito, 485, Sala 9, Messejana - Fortaleza-Ce.
CEP: 60.871-170- Cels: (85)88081329(oj); (85)96298847(tim);
(88)94518229(claro) e: e-mail – mamedeadriano@globo.com

fls. 16

DECLARAÇÃO

*em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.*

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

HORIZONTE – CE 16/09/2015

Alberto Domingos da Silva

Nome *Alberto Domingos da Silva*

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Loc. Nas. *Porta Leão, Ceará* Data *15.12.78*
 Filiação *Josefa Domingos da Silva*
Zenilda Domingos
 Doc. n.º *26 569 12 4490 SSP-CE*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. n.º
 Exp. em Estado
 Obs.
 Data Emissão *26.10.98* DRT *Sine Ide Arapostol*

Staciana Carneiro Andrade

Assinatura do Funcionário
 ITACIANA CARNEIRO ANDRADE

SINCE

CONTRATO DE TRABALHO

13

Empregador

TEDA LOGÍSTICA E DISTRIBUIÇÃO LTDA

CNPJ: 05.197.601/0001-50

Rua Manoel Arruda, 256 - Barroso

Município: Fortaleza

Estado: CE

Dados do Contrato

Cargo: Entregador

CBO: 7832-10

Data de Admissão: 03/11/2009

Ficha: 5/38

Remuneração Especificada:

R\$ 599,50 (Quinhentos e Noventa e Nove Reais
e Cinquenta Centavos) por mês

TEDA LOGÍSTICA E DISTRIBUIÇÃO LTDA

ANTONIO CESAR GOMES DA SILVA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD Nº:



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 479487911

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
JUN/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
6041613 DV **0**

VENCIMENTO
03/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
74,83

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	84	0,76037	63,87

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,78
MULTA MORATORIA	1,45
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	8,73
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,82)	

Rota 21 020072 13 090600 Medidor 1237346 Poste 0000 A82E
Nome JUCILENE GOMES DA SILVA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU JOSE L. DA SILVA 00496 CATOLE HORIZONTE 62880000

RG / CPF / CNPJ 000.376.683-74

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
3599	3515	1	84	0	84

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
31/05/2017	30/06/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5B43.45DD.5986.1464.0F67.7DAA.9FAB.7276

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
63,87	27%	17,24

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	20,93
TRANSMISSÃO	2,09
DISTRIBUIÇÃO	14,21
ENCARGOS SETORIAIS	4,92
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	21,72

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

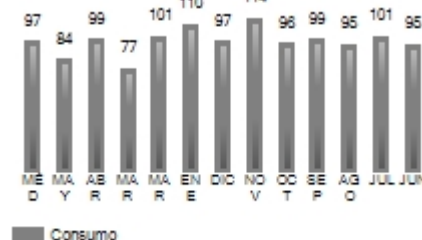
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 17,27

Conjunto COLUNA

Mês ABR/ 2017

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	10,58	21,17	42,34	1,71	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,68			1,71		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

6041613-0

N° da Nota Fiscal: 479487911

Total a Pagar (R\$): 74,83

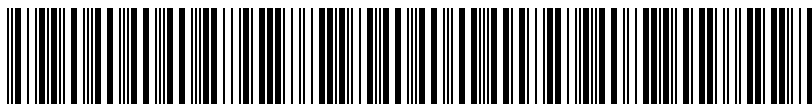
Data de Emissão:

27/06/2017

Referência: JUN/2017

N° de Controle: 0006041613 00038 4340 2 09

83800000000-9 74830031000-4 00060416130-1 00384340237-1



SINISTRO 3150657580 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALBERTO DOMINGOS DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO

MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO ALBERTO DOMINGOS DA SILVA

CPF/CNPJ: 79778542368

Posição em 01-09-2017 08:57:49

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
16/09/2015	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50