

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA

OUTORGANTE:

Nome: <i>Francisca Amanda Campos Monteiro</i>		Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	
Estado Civil: <i>Solteira</i>	Profissão: <i>Desempregada</i>	Carteira de Identidade: <i>20079511087</i>	
CPF nº: <i>069.111.005-48</i>	Residência: <i>R. Jardim Colares, 324</i>		
Bairro: <i>Camandó</i>	Cidade: <i>Maracanaú</i>	Estado: <i>CE</i>	CEP: <i>60731-008</i>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: (85) 98225-8282 (85) 3121-8383
E-mail: **KAIRO AKRS@YAHOO.COM.BR**

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 11 de Abril de 2019.

x Francisca Amanda e. Monteiro
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Francisca Amândia Campos Monteiro,
 brasileiro(a), Solteira, Desempregada, portador(a) da Carteira de
 Identidade/RG nº 20079511087, inscrito(a) no CPF/MF sob o
 nº 069.111.605-48 residente e domiciliado(a) na Rua
Jardim Colinas, nº 324, Complemento _____,
 Cep nº 60731-508, Maracanaú-CE, declaro para os devidos fins que possuo
 hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e
 honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família,
 consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 11 de Abril de 2019.

x Francisca Amândia e. monteiro

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 8

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLÍCIA

BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 2707 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **26/06/2018 16:21:24**Data / Hora da Ocorrência: **21/03/2018 15:50:00**Endereço da Ocorrência: **RUA 6, 28**Complemento: **LOTEAMENTO SANTO EMILIO**Bairro: **CANINDEZINHO**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **MUNDO DA CONSTRUÇÃO****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCA AMANDA CAMPOS MONTEIRO**Nascimento: **16/09/1994** CPF: **069.111.003-48**CTPS: **2731135**Orgão Emissor: **CTPS**UF: **CE**Filiação: **HEVELINE CAMPOS MONTEIRO****ANTONIO MONTEIRO NETO**Endereço: **RUA JARDIM COLARES (CANINDEZINHO), 324 C**Bairro: **SIQUEIRA**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98559-8240****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OCT1866** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KD0540CR500887** Renavam: **347922287** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** AnoFabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **VERMELHA** Proprietário: **HEVELINE CAMPOS MONTEIRO**Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, A VITIMA MESMO SEM HABILITAÇÃO PARA PILOTAR MOTO TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OCT-1866 NA RUA 6 QUE AO PASSAR POR CIMA DE BARRO QUE TINHA NA VIA A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA A UPA-CANINDEZINHO POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Francisca Amanda e. monteiro**VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-**

CANINDEZINHO

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCA AMANDA CAMPOS MONTEIRO

Prontuário: 71662

Admissão: 21/03/2018

16:17

Data Nasc.: 16/09/1994 Idade: 23 ano(s) 6 mes(es) e 5 dia(s)

Sexo: Feminino RG: 20079511087

Mãe: HEVELINE CAMPOS MONTEIRO

Telefone: (85) 98559-8240

Endereço: RUA JARDIM PARUARA 324

Bairro: SIQUEIRA

CEP: 60000-000

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificador: LAURA DE OLIVEIRA ANDRADE

Risco: LARANJA

Data: 21/03/2018 16:19

Queixa: DOR EM PERNA ESQ, ESCORIAÇÕES E DOR NA CABEÇA APÓS QUEDA DE MOTO HÁ 30 MIN

Fluxograma: PROBLEMAS EM

Discriminador: DOR INTENSA

Risco de Não Alergia: Não

Dengue Não Primeiro sintoma

Chikungunya: Não

Prim/Sintoma

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia:

Régua: 9

Pulso/FC:

ALERGIAS

Descrição:

ATENDIMENTO

Médico: WELYNADIA ANDRADE PINHEIRO

Nº Atendimento: 772411

Data: 21/03/2018 16:20

Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO

CRM: 16489 P.A.:

Acidente: Sim Agressão: Não

Peso:

Protocolo Sepse: Não

Hipótese Diagnóstico: FERIMENTO DA PERNA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PCT REFERE QUEDA DE MOTO HÁ POUCOS MINUTOS. REFERE NÃO MOVIMENTAR O MIE. NEG AOUTRA SQUEIXAS CLIONCIAS. NEG AHAS, NEGA DM, NEG AALERGIA A MEDICAÇÃO AO EXAME: EGB, AAA, EUPNEICO, HIDRATADO, COOPERATIVO, ORIENTADO

ECG 15 ACP: RCR, 2T, BNF, S/S MVU SEM RUÍDOS ADVETÍCIOS

ABDOM: RHA +, FLÁCIDO, IDOLOR, SEM VMG

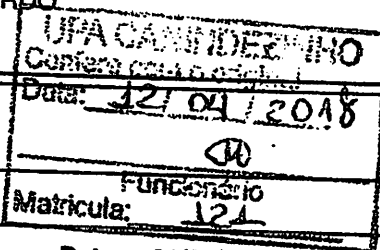
EXTREMIDADES: NÃO CONSIGO FAZER EXAME FISICO - PCT NÃO DEIXA EXAMINAR O MEBRO DEVIDO Á DOR

LESÕES EM REGIÃO DE HEMIFACE Á DIREITA, JOELHO DIREITO E ESQUERDO

CD ANALGESIA + OBSERVAÇÃO

PROTOCOLO SEPSE

EXAME



Médico: WELYNADIA ANDRADE PINHEIRO

Data: 21/03/2018 16:25

Tipos	Prescrição	Aprazamento
Medicamento	DEXAMETASONA 4MGML - 2,5ML(10MG) AMP ADMINISTRAR 1 AMP / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	
Medicamento	DIPIRONA 500MGML - 2ML(1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2.0	

Imprimir

**Atestado Médico**

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:

FRANCISCA AMANDA CAMPOS MONTEIRO

LEITO:

DATA DE INTERNACAO:

22/03/2018

DATA DA ALTA:

02/04/2018

BE/PRONT:

5555384

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

23

DIAGNOSTICOS:

Fratura subtrocanterica (OPERADA) + Fratura da clavícula (CONSERVADOR)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:

STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO:

RESIDENTE INDEFINIDO

Dr. Itallo Rêgo
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 15422

Ass: _____

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. _____

Data : 24/18

Dispensa do trabalho por : 120 dias

Resumo de alta

NOME:

FRANCISCA AMANDA CAMPOS MONTEIRO

LEITO:

DATA DE INTERNACAO:

22/ 03/2018

DATA DA ALTA:

02/04/2018

BE/PRONT:

5555384

CIDADE DE ORIGEM:

FORTALEZA

IDADE:

23

DIAGNOSTICOS:

Fratura subtrocanterica (OPERADA) + Fratura da clavícula (CONSERVADOR)

CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:

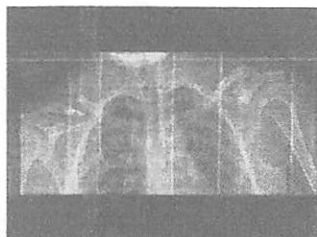
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO:

STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO:

RESIDENTE INDEFINIDO



SACABOCADO + CX PFN LONGO + CX
DHS/DCS PLACAS LONGAS

FRATURA DE FEMUR - DIAFISE ESQ BE:5551497

Marcado por:
ITALLO EPAMINON em:
28-03-2018 6:44:40

Dr. Itallo Rêgo Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CREMTC 15422	
Ass.: _____	Retornar dia: ____/____/____ Hora: _____ para Dr. _____
Data : 29 / 3 / 18	
Imprimir	

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

Dias	Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
	11	1	13:30	1324	Raimundo Marcelo Girão		CX BASICA TO PARA MMII + CX DHS + CX GRANDES FRAG + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + PLACA BLOQUEADA PARA FEMUR DISTAL + TREPANO PNEUMATICO MACON		MARCADA

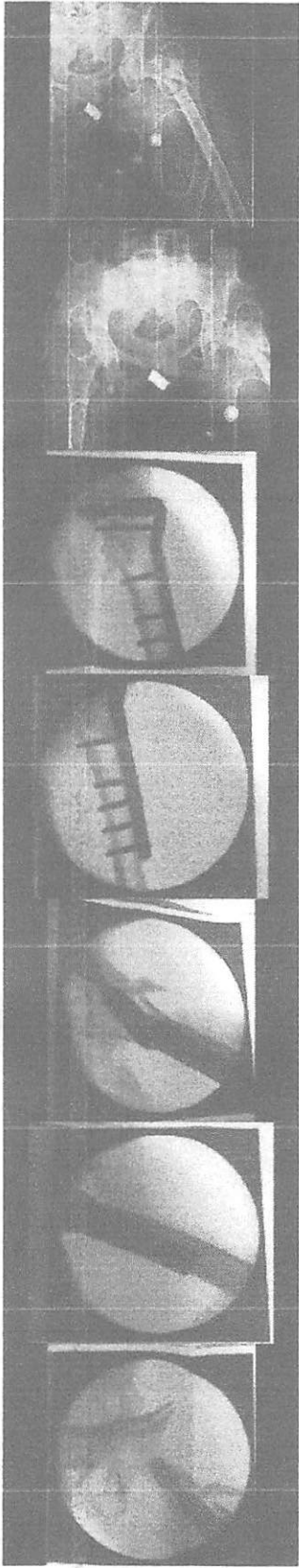
FRATURA SUBTROCANTÉRICA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DA CLAVÍCULA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

Marcado
por:
FARRIE
DA
SILVA
em:
02-04-
2018
13:18:58

Ass.: **Dr. Itallo Reis**
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 15422

Retomar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. ____

Data: 21/4/18



Mapa de Cirurgias

Dias										
Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação		

MAPA DO DIA 29/03/2018 - Quinta-Feira

Medicamento	ML / EM 18ML DE ÁGUA DESTILADA / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	
Medicamento	METOCLOPRAMIDA 5MGML - 2ML(10MG) - AMP ADMINISTRAR 2.0 ML / EM 18ML DE ÁGUA DESTILADA / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	
Medicamento	TRAMADOL 50MG/ML- 2 ML(100MG)- AMP ADMINISTRAR 1 AMP + EM 100ML DE SF 0,9% / Intravenosa / Dose únicaCASO NAO MELHORE COM MEDICAÇÕES ANTERIORES I **SE NECESSÁRIO**	

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
21/03/2018 18:22	WELYNADIA ANDRADE PINHEIRO	PCT REFERE MELHORA DO QUADRO ALGICO CD OREINTAÇÕES + ATB + SINOTMATICOS + ENCAMINHO PARA FROTINHA PARA AVALIAÇÃO COM ORTOPEDISTA

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

UPA CANINDEZINHO
 Conferido em 12/04/2018
 Data: 12/04/2018
 Assinado: 
 Matrícula: 121

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins, que o (a) Sr. (a) FRANCISCA AMANDA CAMPOS MONTEIRO, IDENTIDADE Nº 20079511087, esteve em observação nesta Unidade de Pronto Atendimento 24h no dia 21/03/2018, no período da TARDE.

Fortaleza, 12 de Abril de 2018


Maria Gomes Fernandes
05.04.2018

MARIA GOMES FERNANDE
4040 CRESS



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 17/05/2018 12:27:44

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 22/03/2018 15:06:11	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 704604199623622	NOME: FRANCISCA AMANDA CAMPOS MONTEIRO			Registro: 5555384	
CPF: 06911100348	RG:	D. NASC: 16/09/1994	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Branca
NOME DA MÃE: HEVELINE CAMPOS MONTEIRO			NOME DO PAI: ANTONIO MONTEIRO NETO		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JARDIM COLARES		Nº: 324	BAIRRO: CANINDEZINHO	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 988564493	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60731008	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: samu usb 71 /cond- joacir		PARENTESCO:		TELEFONE:	
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: Trazida pelo SAMU por queda de moto ontem, com deformidade em MIE					
OBSERVAÇÕES: Problemas em extremidades - 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:			

FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

PREFEITURA DE MARACANAÚ
SECRETARIA DA SAÚDE
UBASF - Alarico Leite
AVISA VI

UBASF

Alarico Leite

Nome:

Francineia Amanda Campos Montenegro

Sexo:

☐ M☒ F

Data de nascimento:

/ /

Fam. Familiar:

Endereço:

Bairro:

Ocupação:

Telefone:

Referência para atendimento:



Ambulatorial



Hospitalar



Auxílio Diagnóstico

Motivo do Encaminhamento:

PO de fratura subtrocanterica.

Resultado de exames já realizados:

RX.

inspeção, palpação, mobilização

Conduta já realizada:

Encaminhamento a referência paciente via CIRM. com o intuito de receber a mobilização

Impressão diagnóstica:

RX

PO de fratura subtrocanterica

Assinatura do Encaminhante - nº Registro

Função

Data

hora

AGENDAMENTO

Unidade de Referência:

Data:

Hora:

Especialidade:

Profissional:

Município:

Autorização:

RESUMO DO ATENDIMENTO DE REFERENCIA

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário ou Registro:

Data da Alta:

Resumo Clínico / Cirúrgico / Obstétrico:

Resultado de exames importantes para o diagnóstico:

Diagnóstico Principal:

CID:

Secundário 1:

CID:

Secundário 2:

CID:

Proposta de Conduta para Seguimento:

Assinatura do Consultante - nº Registro

Função

Data

Hora

CANINDEZINHO

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCA AMANDA CAMPOS MONTEIRO

Prontuário: 71662

Admissão: 21/03/2018

16:17

Data Nasc.: 16/09/1994 Idade: 23 ano(s) 6 mes(es) e 5 dia(s)

Sexo: Feminino RG: 20079511087

Mãe: HEVELINE CAMPOS MONTEIRO

Telefone: (85) 98559-8240

Endereço: RUA JARDIM PARUARA 324

Bairro: SIQUEIRA

CEP: 60000-000

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Classificador: LAURA DE OLIVEIRA ANDRADE

Risco: LARANJA

Data: 21/03/2018 16:19

Queixa: DOR EM PERNA ESQ, ESCORIAÇÕES E DOR NA CABEÇA APÓS QUEDA DE MOTO HÁ 30 MIN

Fluxograma: PROBLEMAS EM

Discriminador: DOR INTENSA

Risco de Não Alergia: Não

Dengue Não Primeiro sintoma

Chikungunya: Não

Prim/Sintoma

Sato02: Glasgow: Temp.:

Glicemia:

Régua: 9

Pulso/FC:

ALERGIAS

Descrição:

ATENDIMENTO

Médico: WELYNADIA ANDRADE PINHEIRO

Nº Atendimento: 772411

Data: 21/03/2018 16:20

Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO

CRM: 16489 P.A.:

Acidente: Sim Agressão: Não Peso:

Protocolo Sepse: Não

Hipótese Diagnóstico: FERIMENTO DA PERNA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PCT REFERE QUEDA DE MOTO HÁ POUCOS MINUTOS. REFERE NÃO MOVIMENTAR O MIE. NEG AOUTRA SQUEIXAS CLIONCIAS. NEG AHAS, NEGA DM, NEG AALERGIA A MEDICAÇÃO
AO EXAME: EGB, AAA, EUPNEICO, HIDRATADO, COOPERATIVO, ORIENTADO
ECG 15

ACP: RCR, 2T, BNF, S/S MVU SEM RUÍDOS ADVETÍCIOS

ABDOME: RHA +, FLÁCIDO, IDOLOR, SEM VMG

EXTREMIDADES: NÃO CONSIGO FAZER EXAME FISICO - PCT NÃO DEIXA EXAMINAR O MEBRO DEVIDO Á DOR
LESÕES EM REGIÃO DE HEMIFACE Á DIREITA, JOELHO DIREITO E ESQUERDO

CD ANALGESIA + OBSERVAÇÃO

PROTOCOLO SEPSE

EXAME

Médico: WELYNADIA ANDRADE PINHEIRO

Data: 21/03/2018 16:25

Tipos	Prescrição	Aprazamento
Medicamento	DEXAMETASONA 4MGML - 2,5ML(10MG) AMP ADMINISTRAR 1 AMP / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA	
Medicamento	DIPIRONA 500MGML - 2ML(1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2.0	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



FRANCISCA AMANDA CAMPOS MONTEIRO

FILIAÇÃO.....: ANTONIO MONTEIRO NETO
HEVELINE CAMPOS MONTEIRO
NASCIMENTO.....: 16/09/1994
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: FORTALEZA - CE
DOCUMENTO.....: C. I. 20079511087 09/08/2011 SSPDS CE
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF.....: 069.111.003-48 CNH.....:
TÍT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/CE - 08/04/2013

Francisca Amanda Monteiro
Assinatura do Titular

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIR/PASEP 203.89666.39-9

2731135

0040

CE

Francisca Amanda e. Monteiro

ASSINATURA DO TITULAR



IMAGEM DO DITO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014056940858

VIA 01 347922287 RNTC 0000000000 EXERCÍCIO 2017

HEVELINE CAMPOS MONTEIRO

FORTALEZA/CE

81661959334 OCT1866

9C2KD0540CR500887

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.
HONDA/NXR150 BROS ESD
2P/OCV/149CC
CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE VERMELHA
COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO
ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
1º *****
2º *****
3º *****
FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
00/00/0000

OBSERVAÇÕES

FORTALEZA LOCAL
Igor Pontes
25/04/2018 DATA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIATURAS, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

CE Nº 014056940858 BILHETE DE SEGURO DPVAT

81661959334 2017 OCT1866
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
014056940858 66882186438

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 25/04/2018
VIA 01 81661959334 OFP / CNPJ PLACA OCT1866
RENAVAM 347922287 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD
ANO FAB 2011 CAT FAP 09 Nº CHASSI 9C2KD0540CR500887

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$)
TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
00/00/0000

PROPRIETÁRIO
LOTE/DO SEGURO 81661959334
MOTOR: KD05E4CS00887

DEZ-2017



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 567156467

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
MAR/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8790646 DV **5**

VENCIMENTO
25/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 14 026001 15 0145010 Medidor Poste
Nome FRANCISCA AMANDA CAMPOS MONTEIRO 10114600 0000 V415
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU JARDIM COLARES 00324 00324 CANINDEZINHO MARACANAU

RG / CPF / CNPJ 069.111.003-48 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
434	434	1	0	0	0

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
01/04/2019	22/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F5C8.9B52.3936.27EC.DEFF.B547.5CAB.1C92

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
0,00	18%	0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

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	0	100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

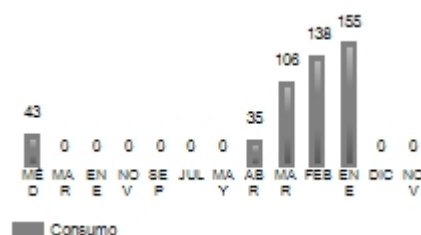
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 0,00

Conjunto

Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 8790646-5 N° da Nota Fiscal: 567156467 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 11/04/2019 Referência: MAR/2019 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/04/2019 às 14:07, sob o número 01241513220198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0124151-32.2019.8.06.0001 e código 46BFFA2



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: Frederico Augusto Monteiro
BE / Prontuário: _____

ple
exatidão de
Alpi deficiente
ambulatorio

Dr. Marcelo Girão
Ortopedia
5820-284.782.823-00

22/11/18
Data: ____/____/____

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).

Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil.
(85) 3255-5000.

SINISTRO 3180339286 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCA AMANDA CAMPOS MONTEIRO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO FRANCISCA AMANDA CAMPOS MONTEIRO
CPF/CNPJ: 06911100348

Posição em 11-04-2019 11:58:56

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/12/2018	R\$ 5.062,50	R\$ 0,00	R\$ 5.062,50