

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Francisco de Assis Apêgio de Lima</u>		Nacionalidade:	
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	Carteira de Identidade: <u>49028004778</u>	
CPF nº: <u>191.286.223-91</u>	Residência: <u>R. Lucas Raimundo de Souza, 008</u>		
Bairro: <u>José Walter</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60751-570</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Bairro Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.025-060, fone: **(85) 9657.0528**
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.

Fortaleza (CE), 05 de Março de 2018.

Francisco de Assis Apêgio de Lima

Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Francisco Assis Apriqio de Lima,
brasileiro(a), soltiro, autônomo, portador da Carteira de Identidade/RG nº
99028004778, e inscrito no CPF/MF sob o nº 191.286.223-9, residente e
domiciliado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua
Luiz Raimundo de Souza, nº 08, declaro para os devidos fins
que possuo hiposuficiência 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), 05 de Março de 2.018.

Francisco de Assis Apriqio de Lima

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 9

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5448 / 2017****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/10/2017 10:07:38**
Data / Hora da Ocorrência: **31/07/2017 11:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AUGUSTO DOS ANJOS C/ , 1100**
Complemento: **RUA QUIXADA**
Bairro: **PLANALTO AYRTON** Município: **FORTALEZA/CE**
SENNA
Ponto de Referência: **EM FRENTE A UMA LOJA DE CONFECCÃO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA**
Nascimento: **04/11/1962** CPF: **191.286.223-91**
CNH: **00476865397** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **CARMELITA NOGUEIRA DE LIMA**
ANTONIO APRIGIO DE LIMA
Endereço: **RUA LUCAS RAIMUNDO DE SOUZA , 8**
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98953-6163**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OCR6023 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:
9C2KD0550BR025291 Renavam: 333212436 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano
Fabricação: 2011 Ano Modelo: 2011 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: PRETA Proprietário: FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA
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 OCR-6023-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA AUGUSTO DOS ANJOS; QUE UMA PEDESTRE QUE AO TENTAR ATRAVESSAR A VIA SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA E NÃO DANDO TEMPO DA VITIMA DESVIAR A MOTO, ACONTECEU O ATROPELAMENTO NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM AMIGO SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO 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****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Francisco de Assis Aprigio de Lima**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 5448 / 2017****DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**

Assinatura manuscrita em azul.



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE
FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA
CADSUS

NOME MAE
CARMELITA NOGUEIRA DE LIMA
ENDEREÇO
RUA LUCAS RAIMUNDO DE SOUSA JOSE WALTER
CONTATO
(85) 98753-6998

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

QUEIXA
DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO APÓS ACIDENTE DE MOTO
SINTOMAS
NI

PESO
NI KG
TEMPERATURA
NI °C
CLASSIFICAÇÃO
VERDE

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NEGA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
NADJA DE ÁREA LEÃO E SOUSA
ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

DADOS PESSOAIS

NASCIMENTO
04/11/1962(54 ANOS)
NOME RESPONSÁVEL
NI
MUNICÍPIO
FORTALEZA

5074272
SEXO
M

220115

NÃO INFORMADO

CE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO
AValiação TRAUMATOLOGICA
ESCALA DE DOR
6 (ADULTO)

SINAIS VITAIS
SAT O2
NI%

NI

NI

DATA/HORA DO
31/07/2017

ATENDIMENTO MÉDICO

MINISE

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Impresso por NADJA DE ÁREA LEÃO E SOUSA em 31/07/2017 13:10:20
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no
Penal:

Dr. Rm. Márcio S. de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4417

Francisco de Assis Aprigio de Lima
FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA

CONFERE COM ORIGINAL
16/08/17

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jorna. s/nº Terraço Ceolho, 1576
Messejana - CEP. 60.054-000
P/R Alex Martin
Fortaleza Ceará

Ato declaratório fls. 11 102
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/05/2018 às 13:49, sob o número 01337927820188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0133792-78.2018.8.06.0001 e código 36AE4F9.



Seguradora Líder - DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML PARA SEGURO O DPVAT

Eu, Francisco de Assis Apregio de Lima,
 Portador da carteira de identidade nº 99028004778, e inscrito no CPF/MF sob o nº
191.286.223-91, Reside e domicilia na Rua: Lucas Raimundo de Sá
 Numero: 08, Bairro: Jose Walter, Cidade: Montaleza, Estado: Ceará

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 Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML localizado 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 Obrigatório 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 Obrigatório DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causa 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 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

LOCAL Fort. ce DATA 27 / 10 / 17

Francisco de Assis Apregio de Lima

Assinatura do declarante conforme
documento de identificação.



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

102

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA CADÚSO		DADOS PESSOAIS NASCIMENTO 04/11/1962(54 ANOS) NOME RESPONSÁVEL NI MUNICÍPIO FORTALEZA		5074272 SEXO M 220115 CE NÃO INFORMADO
NOME MÃE CARMELITA NOGUEIRA DE LIMA ENDEREÇO RUA LUCAS RAIMUNDO DE SOUSA JOSE WALTER CONTATO (85) 98753-6898		OCORRÊNCIA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA ESCALA DE DOR 6 (ADULTO)		
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE QUEDA DOR E EDEMA EM PUNHO DIREITO APÓS ACIDENTE DE MOTO SINTOMAS NI		SINAIS VITAIS SAT O2 NI% RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO NADJA DE ÁREA LEÃO E SOUSA ÁREA ATENDIMENTO ATENDIMENTO MÉDICO		
PESO NI KG TEMPERATURA NI °C CLASSIFICAÇÃO VERDE	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI ALERGIAS NEGA	DATA E HORA DO ATENDIMENTO 31/07/2017 13:10:20		
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA		DIAGNÓSTICO SADT SOLICITADO ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIQ-X ☐ OUTROS		

sem pulso
BBB e curru

PRESCRIÇÃO MÉDICA
[Handwritten signature]
APRAZAMENTO
[Handwritten signature]

TIPO DE ALTA/SAÍDA
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL
DATA E HORA DO ATENDIMENTO
 Impresso por NADJA DE ÁREA LEÃO E SOUSA em 31/07/2017 13:10:20
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no Penal.

[Handwritten signature]
Dr. Carlos Antônio Sampaio de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4427

[Handwritten signature]
FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA

16 08 17

PIF Alex Montan

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/05/2018 às 13:49, sob o número 01337927820188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0133792-78.2018.8.06.0001 e código 36AE4F9.



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE <i>Rômulo de Assis Gomes</i>	6 - PRONTUÁRIO <i>504212</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>7050060900681955044</i>	8 - DATA DO NASCIMENTO <i>10/04/1964</i>
9 - SEXO ☒ Masculino ☐ Feminino	10 - NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL <i>Emmanuel Noeue de Almeida</i>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua Rui Barbosa de Rêgo</i>	12 - DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Fortaleza</i>	14 - CÓD. IBGE MUNIC <i>61</i>
15 - UF <i>CE</i>	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Tratado do lado direito</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Almôço</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Am + Tr. pro + M</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Tratado do lado</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <i>S82.5</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Trat. Clín. com med. analg.</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA <i>Dr. Fco. Manoel de Almeida</i>	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO <i>Clínica</i>
28 - DOCUMENTO ☐ CNS ☒ CPF	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>124189973-70</i>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Fco. Manoel de Almeida</i>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>31/04/17</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	33 - SÉRIE <i>4411</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA	36 - CNPJ DA EMPRESA	37 - Nº BILHETE	38 - SÉRIE
39 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	40 - CNAE EMPRESA	41 - CBDR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	47 - DATA DO DOCUMENTO
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

16/08/17



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE: FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA			
PRONÚMERO 504212	UNIDADE HDEBO	ENFERMARIA TDCUA	LEITO 45
INÍCIO DO TRATAMENTO 31.07.2017	DATA DA ALTA 10/08/17	DATA DO RETORNO 16/08/17	MÉDICO(A) PARA RETORNO B. Valério

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Opus do

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL

Fratura fevbr

ACESSÓRIO 1

ACESSÓRIO 2

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS

Re

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirurgia

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

AINH + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐

CURADO

☒

MELHORADO

☐

PIORADO

☐

ÓBTOS

☐

OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

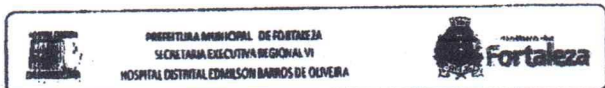
DATA:

10, 08, 17

CARIMBO

Dr. Paulo Henrique
Otopedista
CRM 10000

SINATURA DO MÉDICO



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE: Fco de Mm's Apúgio e Limp			
DATA OPERAÇÃO: 09/08/17	ENFERMARIA:	LEITO:	
De volta	1º AUXILIAR: D. CUNHA		
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:	
ANESTESISTA: D. ARAUJO	TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio flexo brf		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fígado - lesão do PNL D			
TIPO DE OPERAÇÃO: - Ovariotomia / Ruptura de folículos			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O normal			
LABORATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS - LIGATURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

1. Abir em subcostal da abd
2. Punção de aspiração do USG
3. Punção de aspiração de líquido
4. Punção de aspiração de líquido
5. Punção de aspiração de líquido
6. Punção de aspiração de líquido
7. Punção de aspiração de líquido
8. Punção de aspiração de líquido

[Handwritten signature]

Gráf. HDEBO-SAME Desc. Oper.-003

16 08 17

FIP Alex Martin



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAUDE



HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Flavio de Azeite Azeite
e filho

Fisioterapia cl 2011

Futuro do

no dia 14 de 17

Gráfica HDEBO - Messejana

17/08/14

Fortaleza, de de 20

Assinatura e carimbo do profissional

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE



Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Fco de Amor Aguiar de Lins

3

lindo menino

Atento por o paciente
eime foi submetido e
exipis por Tietura
luta entre-orticulos
as no dia de hoje

Entre-e e

sltp de furtup

13/10/14

Valterio Pinheiro
CRM-6193
Traumatologia

[Signature]

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 99028004778 SSP CE

CNPJ
 191.286.223-91

DATA NASCIMENTO
 04/11/1962

FILIAÇÃO
 ANTONIO APRIGIO DE LIMA
 CARMELITA NOGUEIRA DE LIMA

PERMISSÃO
 ACC CATAB AE

Nº REGISTRO
 00476865397

VALIDADE
 16/04/2019

1ª HABILITAÇÃO
 17/05/1988

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
 FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 24/04/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
 ISOR VASCONCELOS PONTE

50657761113
CE141426640

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
950825087

PROIBIDO PLASTIFICAR
950825087

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013356563210

VIA 01 COD. RENAVAM 0000000000 R.N.T.R.C. 2017 EXERCÍCIO

PP1 01 00333212436 0000000000 2017

FRANCISCO DE ASSIS AFRIGIO DE L.T.
FORTALEZA /CE

OPF / CNPJ 19128622391 PLACA OCR6023/CE

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

MARCA / MODELO HONDA/MXR150 ERDS ES

CAR / POT / OIL 2P/OCV/149CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA 1º VENC. COTA UNICA 1º

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 3º

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA

DATA 08/05/2017

Assinatura: Igor Pontes Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013356563210 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

VIA 01 OPF / CNPJ 19128622391 PLACA OCR6023 EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 08/05/2017

RENAVAM 00333212436 MARCA / MODELO HONDA/MXR150 ERDS ES

ANO FAB. 2011 CILINDRE 09 Nº CHASSI 9C2KD0550FR025291

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,29 DETRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,7 TOTAL SEM PAGO PELA SEGURADORA (R\$) 185,5

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 05/05/2017

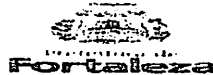
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.508/0001-04

MOTOR: KD05E5B025291 00762



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



AV. Jornalista Tomaz Coelho Nº 1578 - Messejana - fone - 3105.15.60

ATESTADO MÉDICO

FIM DE EMERGÊNCIA Nº _____

amos para fins legais que

Transtorno de Ansiedade
de Lúnia

atendido neste hospital no dia ____/____/____ às ____

Necessita de ____ () dias de afastamento de suas atividades profissionais,
a partir desta data por motivo de doença ou agravo à sua saúde.

Necessita de ____ () dias de afastamento das atividades escolares por motivo de
doença.

Encontra-se () APTO () INAPTO a prática do componente curricular de educação
física no período de ____/____/____ à ____/____/____

Paciente foi atendido neste hospital às ____ hs, podendo retornar ao trabalho.

Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade _____

Paciente concorda com a posição do diagnóstico:

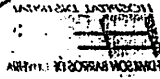
Paciente com
fratura grave do pulso de rádio
distal com lesão radioulnar
distal sendo tratado cirurgicamente
em agosto de 2017. Evolui com
artrose radiocarpal.

Fortaleza, 05 de 01 de 2018

[Assinatura]
Dr. Augusto Tadeu
Ortopedia
CREMEC 3260

Carimbo e Assinatura do Profissional

20

 PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA DE SAUDE HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560			 Fortaleza			EMERG/PRONTUÁRIO		
NOME: <u>Fc. de Antonio Augusto de Jesus</u>								
IDADE	SEXO	COR			PESO	ALTURA	CLINICA	LEITO
SS	M	B ☐ P ☐ A ☐						
MÃE								
DADOS CLÍNICOS: <u>Rx</u> <u>unha</u> <u>E</u> <u>M 4</u>								
EXAMES SOLICITADOS:								
DATA:				ASSINATURA E CARIMBO <u>Valterno Pinheiro</u> Traumatologia CRM 193				

GRAÇA - CERO - MESSEJANA

AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA



Reg. Geral: _____

Reg. Ambulatorial: _____

Reg. Radiológica: _____

Nome: Kaiano de Assis Amorim

Diagnóstico: Fratura de metacarpo III

Data: Agosto/17 Médico: VALTERNO

Auxiliar: _____

Redução sob anestesia: _____

Realizada _____ após o acidente: _____



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 525190076

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
MAI/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5187121 DV **1**

VENCIMENTO
28/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
141,27

Rota 09 01230 38 0241800 Medidor Poste
Nome RAIMUNDO NONATO BEZERRA DA SILVA 2002479 0001 S82C
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU LUCAS RAIMUNDO DE SOUZA 00008 CJ. J. WALTER FORTALEZA
60000000

RG / CPF / CNPJ 036.035.823-30

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

FP 3928 3750 1 178 0 178

DESCRIÇÃO DA CONTA

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	178	0,71373	127,04

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
22/05/2018	14/06/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B67E.C986.4A74.6807.9162.8040.0730.4B7B

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
127,04	27%	34,30

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	47,83
TRANSMISSÃO	5,10
DISTRIBUIÇÃO	27,26
ENCARGOS SETORIAIS	7,31
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	39,54

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,98
MULTA MORATORIA	2,33
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP	10,92
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,13)	

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

CONTAS EM ATRASO

REAVISO DE VENCIMENTO:

Informamos existir debito vencido sem acrescimos legais ate esta data, no valor de R\$ 130,57. Conforme Resolucao Aneel 414/2010, Art. 173, podera ser suspenso o fornecimento de energia eletrica, apos decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o debito relacionado ao lado tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso.

DEBITOS ANTERIORES

MES/ANO VALOR

04/2018 130,57

Consta desta fatura R\$ 5,24 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,74% e COFINS: 3,33% (Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

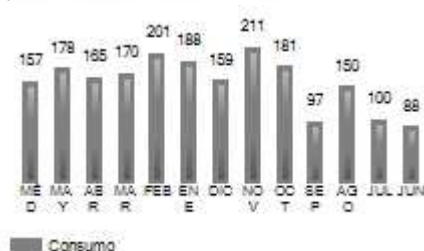
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 38,26

Conjunto DISTRITO INDUSTRIAL I

Mês MAR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	1,80	1,80	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	1,00	0,00
DMIC (h)	2,94			1,80		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

5187121-1

N° da Nota Fiscal: 525190076

Total a Pagar (R\$): 141,27

Data de Emissão:

21/05/2018

Referência: MAI/2018

N° de Controle: 0005187121 00066 4368 2 86

83860000001-8 41270031000-1 00051871210-9 00664368205-7



Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2018

Carta nº: 12829856

A/C: FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA

Nº Sinistro: 3170608221
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA
Data do Acidente: 31/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: BRENA KELLY QUEIROZ MONTEIRO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000031

Conta: 00000626853-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12175655

A/C: FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA

Nº Sinistro: 3170608221
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA
Data do Acidente: 31/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: BRENA KELLY QUEIROZ MONTEIRO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO DE ASSIS APRIGIO DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000031

Conta: 00000626853-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

