

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <i>João Sabino Gomes Santiago</i>		Nacionalidade: Brasileira
CPF: <i>079.502.853-20</i>	RG: <i>31008003746</i>	Profissão: () Agricultor () Autônomo (x) Outro:
Avenida/Rua/Localidade: <i>Rua José Expedito de Freitas</i>	Nº <i>01</i>	Estado Civil: (x) Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Caruaru</i>	Estado: CE
CEP: <i>62.748-000</i>	Telefone:	

OUTORGADO:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB-CE sob o Nº 23.814, e, **FILipe BEZERRA CATUNDA CAMPELO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/CE 27.565, ambos podendo ser intimados em Morada Nova- CE, na Rua José de Fontes Nº 90-A, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

Morada Nova (CE), 11 de Julho de 20 17.

Marizete Mendes Cassiano
Outorgante

* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica.

filipe.bezerra@hotmail.com
rodolfo.ds@hotmail.com
Tel.: (88) 9922-2189
Tel.: (88) 9661-5233

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Nome: José Sabino Gomes Santiago		Nacionalidade: Brasileira
CPF: 478.502.853-20	RG: 91008003746	Profissão: () Agricultor () Autônomo (x) Outro:
Avenida/Rua/Localidade: Rua José Evânio de Fritas		Nº 01
Bairro: Centro		Cidade: Caldeirão
CEP: 62.748-000		Estado: CE
Telefone:		

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às 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.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissivo que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Morada Nova (CE), 11 de Julho de 2017.

Marizete Mendes Cordeiro

DECLARANTE

filipe.bezerra@hotmail.com
rodolfo.ds@hotmail.com
Tel.: (88) 9922-2189
Tel.: (88) 9661-5233

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Nome: José Gabimio Gomer Santiago		Nacionalidade: Brasileira
CPF: 479.502.853-20	RG: 91008003446	Profissão: () Agricultor () Autônomo (x) Outro:
Avenida/Rua/Localidade: Rua José Evandro de Freitas	Nº 01	Estado Civil: (x) Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
Bairro: Centro	Cidade: Lafayette	Estado: CE
CEP: 62.748-000	Telefone:	

DECLARO conforme artigo 1º, da Lei 7115/83, que não possuo comprovante de endereço em meu nome e resido no endereço acima mencionado.

DECLARO também ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Monada Nova (CE), 11 de Julho de 20 17.

Marusete Muniz Cassino
DECLARANTE

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

José Sobrinho Bezerra

vítima de acidente de trânsito, em 20/04/16, sofreu:

fratura do pé direito
plantar
CID - 592.4

e submeteu-se a tratamento(s):

fratura aberta
fixação com
placa e parafusos.

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Dor
Dificuldade
Angústia da cicatriz
maneira claudicante
Dificuldade de locomoção
falta de equilíbrio
nos movimentos normais com
carga. Deambular com
dificuldade e instabilidade
de marcha. Prejudicado.

07/03/2017

Fco. Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Dr. CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FILIPE BEZERRA CATUNDA CAMPELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 27/10/2017 às 11:22, sob o número 01808094720178060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0180809-47.2017.8.06.0001 e código 30EE2AE.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Sabino Gomes Santiago, portador da carteira de identidade nº 91008003746 e inscrito no CPF/MF sob o nº 479.502.853-90, residente e domiciliado na Rua José Estevão Freitas, Cidade Capitão, 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:

☒ 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.


Mariete Mendes Cassiano

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Aracatiaba 16 de maio

Local e data

RECEBEMOS DE R I SERVICOS ADMINISTRATIVOS LTDA -ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF-e INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.000.764 Série 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

 R I SERVICOS ADMINISTRATIVOS LTDA AV. BEZERRA DE MENEZES Nº 2113 - SAO GERALDO - FORTALEZA-CE CEP 60325-004 FONE (85)3044-7090	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0- ENTRADA 1- SAÍDA Nº 000000.764 SÉRIE 1 FOLHA 1/1	 CHAVE DE ACESSO 2314 0112 5581 6800 0287 5500 1000 0007 6416 0812 8826 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora
	NATUREZA OPERAÇÃO VEN.VEIC.NOV.D/E INSCRIÇÃO ESTADUAL 065180887 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. AND CNPJ 12 569 16700002 07	

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF		DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL RAIMUNDO APARECIDO GOMES SANTIAGO		021.609.563-84		23/01/2014
ENDEREÇO RUA VITORIA REGIA 1654	BAIRRO/DISTRITO PARQUE SANTA ROSA	CEP 60763-012	DATA DA SAÍDA / ENTRADA	
MUNICÍPIO FORTALEZA	FONE/FAX (85)3243-5286	UF CE	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	HORA DA SAÍDA / ENTRADA

FATURA/DUPLICATAS

PAGAMENTO A PRAZO

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VAL. APROX. TRIBUTOS (IBPT)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.943,37(45,30%)	4.290,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.290,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 9-SEM FRETE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V.UNITÁRIO	V.DISC.	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
951AXKBE1 EB000397	SKY JL50Q-9 2013/2014 Veículo: NOVO Marca: TRAXX Tipo: CICLOMOTOR Modelo: SKY JL50Q-9 2013/2014 Comb.: GASOLINA Ano Fab.: 2013 Ano Mod.: 2014 Chassi: 951AXKBE1EB000397 Motor: JL1P39FMB13T017962 49cc 2 Hp Cor: VERMELHO Renavam: 019444 NF Origem: 11430 Especie: PASSAGEIROS Passageiros: 2	87111000	060	5403	UN	1,00	4.290,0000	0,00	4.290,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA DE ACORDO DECRETO 23217-01. MDS: PEDIDO: VN-207 PRE-VENDA: 249 VENDEDOR: REZENDE FORMA PGTO: CARTAO MASTERCARD PARCELADO LOJA DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO E/OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VEÍCULO ACIMA FOI VENDIDO, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA.	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Sabino Gomes SantiagoRG nº 91908003746, data de expedição 19/02/91, Órgão SSD-ee

CPF nº 479.508.853-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Ru. José Eurico Farias</u>
Número	<u>0001</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>capistrano</u>
Estado	<u>ceara</u>
CEP	<u>62.748.000</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 99911-7674</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Aracaju 16 de Maio

Assinatura do Declarante: Mariete Mendes Cassiano

de 26 de abril de 2002. **CECEL**

7743614-8

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

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 446452965

Rota 10 27030 03 136000 - 6 Data de Emissão 16/09/2016

Nome JOSE SABINO GOMES SANTIAGO

End. Postal RU JOSE EVARISTO FREITAS 00001
CENTRO - CAPISTRANO - 62748000

Medidor 24768987 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,90

RG / CPF / CNPJ 479502853-20 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Set/2016	16/09/2016	18/10/2016

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Mensal Jul/2016
DICIPI = 0,00 D

Padrão Individual	Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual
NIC	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00	0,00	0,00

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
62,47	27,00%	16,85

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
CAB2,7HC4,D644,9354,9ACD,8AB3,945F,D85D

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fixo	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
2487	2398	1,00	89	0,00	89	0,70202	62,47
16/09/16	10/08/16		37 DIAS		89		62,47

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	62,47
JUROS DO MES	0,25
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	7,78

23/09/2016 **70,50**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	27,33
Transmissão	0,00
Distribuição	0,00
Cargos Setoriais	4,78
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	28,16
TOTAL	62,47

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (Kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.

Emitido kg(CO ₂)	Compensado kg(CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
38,47	0,00	0%

Consta desta fatura R\$ 3,30 referente a PIS e COFINS.
Art. 9 Res. 108-2005 - ANEEL e Lei n. 10.537-02 e 10.531-03.

DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS.

Eu, José Sabino Gomes Santiago,
cédula de identidade nº 91008003796 e CPF nº 479.502.853-20, residente e domiciliado
na RU José Eurico Farias e Silva - Capistrano,
Bairro Capistrano, Cidade Capistrano, beneficiário do seguro DPVAT, do acidente no dia
20/04/16, venho perante a Seguradora Líder, em resposta às exigências da apresentação da prova de
todas as providências legais, constantes no guia de regulação, afirmar que NÃO tenho nenhum dos
documentos abaixo citados, em anexo:

- a) Atendimento ou menção pelo Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil ou
- b) Atendimento ou menção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- c) Atendimento ou menção pela "Avião do Acidente", ou Condições de Vias Públicas ou
- d) Atendimento ou menção pela SAMU, Defesa Civil ou
- e) Jornal Policial ou
- f) Avião de Polícia ou Seguradora de Risco Autom. ou
- g) Outro documento que evidencie o acidente.

Diante do exposto, a ausência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não
poderá implicar no reconhecimento da indenização do seguro DPVAT, venho apresentar o rol de testemunhas
abaixo, servindo como prova, conforme previsto o Art. 212, III, do Código Civil Brasileiro, e para tanto
me coloco à inteira disposição do controle fiscalizador da Seguradora Líder.

Art. 212. Salvo o contrário a que se impõe forma especial, o fato
jurídico pode ser provado mediante:
III - testemunha;

Atenciosamente,

Aparecida, 06 de março de 2016

Maristela Mendes Corrêas
Declarante:

Maristela Mendes Corrêas

Test. 1:
CPF: 321.424.203-20

Test. 2:
CPF: 021.609.563-84

Raimundo Aparecido Gomes Santiago



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
021.609.563-84

Nome
RAIMUNDO APARECIDO GOMES SANTIAGO

Nascimento
28/07/1969

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
101D.9551.E445.B7D2

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:25:31 do dia 21/01/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL – DPI NORTE
UNIDADE DE POLÍCIA CIVIL DE CAPISTRANO**

BOLETIM DE Ocorrências

DADOS DA Ocorrência:

NÚMERO DO BO: 0383/2016

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO.

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 02/06/2016 por volta das 09:40 hs

DATA/HORA DA Ocorrência: 20/04/2016 por volta das 12:00 hs

ENDEREÇO DA Ocorrência: CE 060 Alto do Ouvidoe - Capistrano – CE

HISTÓRICO:

Afirma o declarante que na data, local e horário supracitados, que sofreu um acidente de Trânsito ,quando o mesmo vinha como garupeiro no veículo moto Traxx Ciclomotor modelo SKY JL50Q 2013/2014 de cor vermelha de chassi nº 951AXKBE1EBOOO397 de Propriedade de Raimundo Aparecido Gomes Santiago , veículo este no momento do acidente pilotado pelo seu irmão ,quando o condutor vinha pilotando o veículo acima quando um caminhão se jogou por cima dos mesmos onde o condutor veio a perder o controle do veículo e o noticiante se desequilibrou e veio a cair , vindo o noticiante a sofrer várias escoriações pelo corpo ,mas perda de movimento do dedão pé direito ,onde o mesmo foi socorrido por populares ao hospital de Capistrano, e transferido para o Hospital de Aracoiaba.

DADOS DO NOTICIANTE:

NOME: José Sabino Gomes Santiago

DATA DE NASCIMENTO: 29/04/1973

NATURALIDADE: Quixadá - Ce

PAI: Joaquim Ferreira Santiago .

MÃE: Maria Aparecida Gomes .

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: 91008003746

ENDEREÇO: Rua José Evaristo de Freitas

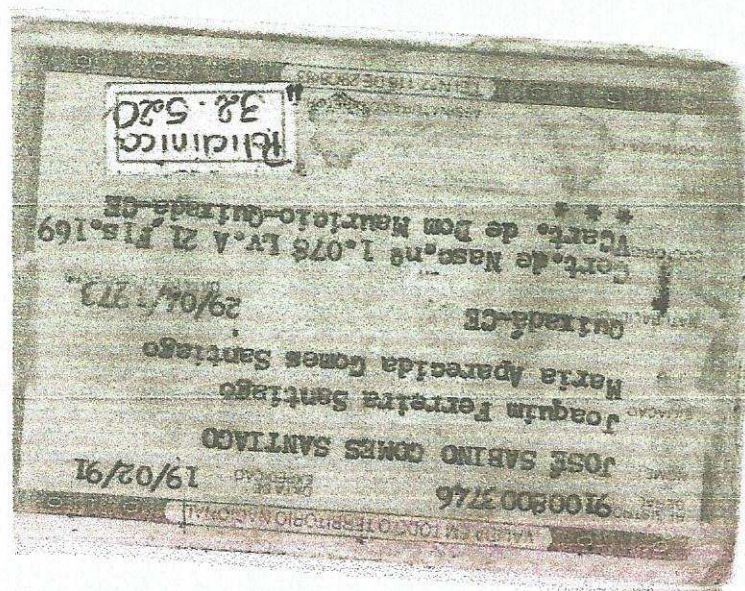
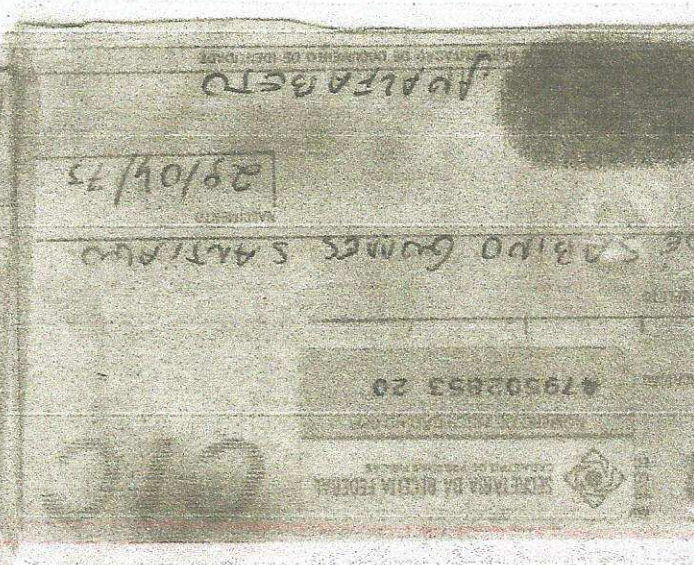
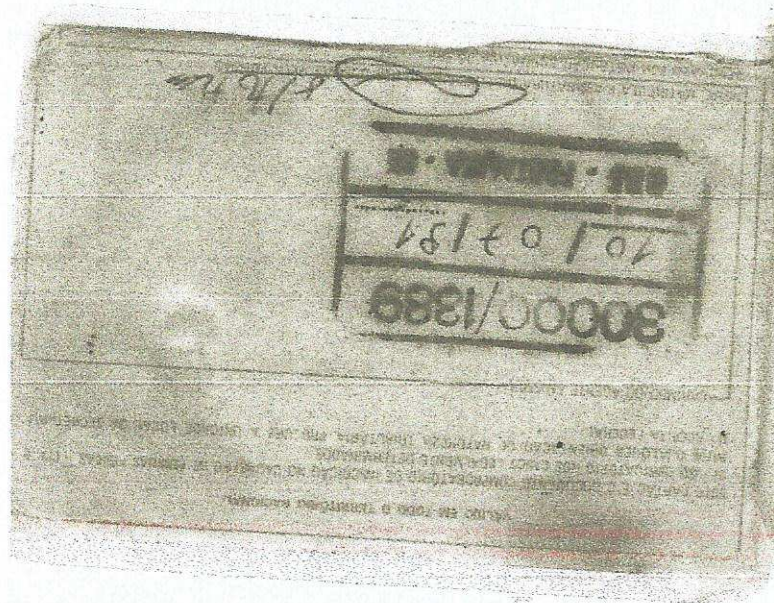
MUNICÍPIO: Capistrano -Centro

TELEFONE P/ CONTATO: (085)991874090

José Alcides Góes Lima
ESCRIVÃO "ad hoc"

RESP. PELO REGISTRO: _____

RESP. PELA INFORMAÇÃO: _____



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.925 de 29.10.1933 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5472 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contém neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e defendê-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONEXIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FONTE DE AMPARO AO TRABALHADOR

INSTEAD OF POSTAL AGE: WWW.AGE.COM



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

126.33451.13-8

8707894

0040

CE

NÃO ALFABETIZADO

2010年12月10日



10

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JOSE SABINO GOMES SANTIAGO

**FILIAÇÃO.....: JOAQUIM FERREIRA SANTIAGO
MARIA APAFECIDA GOMES SANTIAGO**

NASCIMENTO...: 29/04/1973

29/04/1973

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: QUIXADÁ - CE

DOCUMENTO.....: R.G. 91008003746 SSP CE 19/02/1991

EL N° 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 479.502.853-20 CNH.....:

TÍT. ELEITOR: **SEÇÃO:**

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: AA/CE - 08/04/2016

ZONA:

SEÇÃO:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: AA/CE - 08/04/2016

ALFONSO GONZÁLEZ TORQUATO MEYÓ
Superintendente Regional de Tránsito e Transporte na Polícia de Córdoba

SPUNNA CHORDATA

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

ELACIO

DATA DE NASC. DE
MAY 1950

5274

WILEY

2000

2024

10. **Answer: D** The correct answer is D. The correct answer is D.

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

CORPUS

LEGENDA

1. FARMACIA | 2. DENTISTA | 3. SERVIÇOS DE SAÚDE | 4. DENTISTA
 5. DENTISTA | 6. DENTISTA | 7. DENTISTA

1 VTA

Cpf 321.424.203-20

FOLHA: 457 LIVRO: B-18 FORTALEZA - CE

CERT. CASAM. C/ AVERB. DIV - CARTÓRIO: PARANGABA TERMO: 10265

DOC. ORIGEM

FORTALEZA - CE

NATURALIDADE

MARIA MENDES CASSIANO

RAIMUNDO CASSIANO DE SOUSA

FILIAÇÃO

MARISETE MENDES CASSIANO

NOME

REGISTRO 20086668564 - 8

GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 14/11/2013

DATA DE NASCIMENTO 10/02/1963

RG: ANT: 966325-85

P: 1

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



Débora Milena Brito dos Santos
Oficiala Substituta

fls. 25

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Comarca de Capistrano – Estado Ceará

Rua Maria Brígida de Freitas, 19, Capistrano-CE

Fone: (85) 3326-1526

1º OFÍCIO

Livro: 040 Folhas: 086

PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ (EM) JOSÉ SABINO GOMES SANTIAGO, na forma a seguir expressa:

SAIBAM, os que presente instrumento de procuração bastante virem, que ao(s) treze (13) dias do mês de maio do ano de dois mil e dezesseis (2016), nesta cidade de Capistrano, estado do Ceará, compareceu como outorgante: **JOSÉ SABINO GOMES SANTIAGO**, brasileiro, solteiro, desempregado, CTPS nº 8707894, Série 0040 CE, CPF Nº 479.502.853-20, residente e domiciliada em Rua José Evaristo de Freitas, Capistrano CE, reconhecido(s) como o(s) próprio(s) por mim, Substituta, disse os outorgantes que nomeavam e constituíam seus bastantes procuradores: **MARISETE MENDES CASSIANO**, brasileira, divorciada, doméstica, RG nº 2008668564-8 SSP CE, CPF nº 321.424.203-20, residente e domiciliado em Rua José Evaristo de Freitas, Capistrano-CE, a quem confere amplos, gerais e ilimitados poderes, especialmente para requerer e receber Seguro DPVAT, perante qualquer seguradora que faça parte do consórcio DPVAT, podendo apresentar documento, prestar informações, fazer Preenchimentos e Assinatura de formulários de autorização de pagamento/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DO SINISTRO DPVAT, solicitar cópia de prontuário médico, assinando o que preciso for, podendo ainda abrir conta corrente e/ou poupança junto à Caixa Econômica, Casas Lotéricas, Bradesco, Banco do Brasil, qualquer agência neste Estado do Ceará, receber dinheiro, competente, solicitar e receber cartão magnético, cadastrar, alterar, desbloquear senha, representa-lo perante as repartições públicas, particulares e autarquias, e, finalmente, requerer, assinar e praticar todos os demais atos necessários ao fiel e completo desempenho do presente mandato, mesmo que aqui não expressamente nomeados. E como assim disse do que dou fé. Este instrumento que lido e achado conforme assinado, a rogo do Outorgante por ser analfabeta Pedro Lima de Araújo, dispensadas as testemunhas conforme Art 215 do 5º Paragrafo do Código Civil EIL, Débora Milena Brito dos Santos, Substituta, digitei, dato e assino.

Capistrano, 13 de maio de 2016.

Em testemunho WMM da verdade.

Débora Milena Brito dos Santos
Débora Milena Brito dos Santos
Substituta



Débora Milena Brito dos Santos

TRIBUNAL DE JUSTIÇA – PROV. 06/10
EMOLUMENTO – 26,10
FERMOJUI – 3,29
SELO – 4,23
OUTROS – 0,00
TOTAL – 33,62
SELO AC 824.399



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPISTRANO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA UNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

1. PREENCHER ESTA FICHA EM 3 VIAS
2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO ENTREGAR 2 VIAS AO USUÁRIO, ORIENTANDO-O PARA RETORNAR COM A 1ª VIA À UNIDADE DE ORIGEM.

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

MUNICÍPIO: _____

NOME: Jose Sabino Gomes

PRONTUÁRIO N°: _____

SEXO: M ☒ F ☐

DATA DE NASC.: ____/____/____

Ocupação: _____

END.: _____

BAIRRO: _____

FORM: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

Hoje: paciente automobilista

RESULTADO DE EXAMES: _____

evolui com possível fratura

CONDUTA REALIZADA: _____

do laboratório

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____

Dr. João Victor de Sales
Médico
14.574

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - N° REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO:

AMBULATORIAL ☐

HOSPITALAR ☒

AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO: XX + Auscultas

PROFISSIONAL: _____

UNIDADE REFERÊNCIA: _____

DATA: ____/____/____

HORA: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____

PRONTUÁRIO N°: _____

ALTA: ____/____/____

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICOS: PRINCIPAL _____

SECUNDÁRIO 1 _____

SECUNDÁRIO 2 _____

CID.: _____

CID.: _____

CID.: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGMENTO: _____

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA?

SIM ☐

NÃO ☐

O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO?

SIM ☐

NÃO ☐

elivice 05



ARACUJÁ
UMA CIDADE DE TODOS
PREFEITURA MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACUJÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICO - CIRÚRGICA

Nome <i>Dr. Helio Gomes</i>		Data <i>20/04/16</i>	
Endereço <i>Av. Proprietária, 111 - Leão de Ouro</i>		Estado Civil	Idade <i>41/1</i>
			Sexo <i>M</i>

HISTÓRIA CLÍNICA

Acidente de trânsito
atropelado em IPIRATO
de ônibus

DESTINO	
☐ Residência ☐ Ficou em Observação ☐ Internação ☐ Transferência	☐ Recusou Internamento ☐ Referência ☐ Óbito

Assinatura do Cliente / Responsável

Observações:
Exame em IPIRATO

Assinatura do Médico - CRM

Thomas Gregory
CRM 07315



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160463747 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE SABINO GOMES SANTIAGO**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE**BENEFICIÁRIO** JOSE SABINO GOMES SANTIAGO**CPF/CNPJ:** 47950285320**Posição em 11-07-2017 15:13:07**

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)

[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](#)
[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))