



FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO - SPA

DATA DE ATENDIMENTO 20/03/16 CARTÃO DO SUS: _____

NOME: Luana de oliveira alexandre

DN: 21/04/92 IDADE: 23 SEXO: () MASCULINO (X) FEMININO

CN FOLHA: _____ LIVRO: _____ TERMO: _____ DATA DA EXPEDIÇÃO: ____/____/____

RG N°: _____ DATA DA EXPEDIÇÃO: ____/____/____

PAI: Fernando Adolino alexandre

MÃE: maura de alexandre alves

NATURALIDADE: B. Zíngem PROCEDÊNCIA: Madalena

ESTADO CIVIL: solteira PROFISSÃO: Agricultora

RUA: _____ N°: _____ BAIRRO: H. Jorge

TEMPERATURA: _____ P.A: 150 x 70 mmHg PESO: _____

QUEIXA PRINCIPAL: Artralgia e dor no E. e alveolo em

pr D. (sic) foi queixa de mts. A mesma em

EXAME FÍSICO parietal.

DA: _____

ad: Voltagem de corp. em (N)

Diplopia de corp. em 11:05

EXAMES SOLICITADOS: 56 57. 500 ml e 500 (11:05)

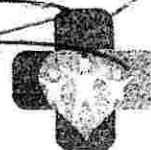
MEDICAMENTOS: _____

DESTINADO: () TRATAMENTO PARA CASA () OBSERVAÇÃO () INTERIORETO ()

ENCAMINHAMENTO.

ASS. PACIENTE: _____ ASS. MÉDICO: _____

Dr. JACINTO CARVALHO
Médico
CRM: 11.055



FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

DISTRITO SANITÁRIO:

MUNICÍPIO:

NOME:

PRONTUÁRIO Nº:

SEXO: M () F ()

DATA DE NASCIMENTO: / /

Ocupação:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

TEL:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

RESULTADO DE EXAMES:

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNOSTICADA:

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - Nº REGISTRO

FUNDAÇÃO

DATA

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL () HOSPITALAR () AUXILIO
DIAGNÓSTICO ()

PROCEDIMENTO:

PROFISSIONAL:

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

DATA: / /

HORA:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE

REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO:

PRONTUÁRIO Nº:

ALTA:

RESULTADO CLÍNICO/
CIRÚRGICO:

RESULTADO DE
EXAMES:

DIAGNOSTICO: PRINCIPAL

CID:

SECUNDÁRIO 1

CID:

SECUNDÁRIO 2

CID:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA
SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO () O MOTIVO DA REFERÊNCIA
COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MADALENA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MÃE TOTONHA



RECEITUÁRIO

Nome:

Luís de Oliveira Alexandre

Doente por trauma
de tornozelo esquerdo,
com lesão de ligamento
colateral lateral, com
dor edema e limitação
de movimento e
edema. Sinal de
instabilidade articular e
claudicação.

"Fumar é prejudicial à saúde"

Data: 23/1/2016

Luís de Oliveira Alexandre

Dr. José Carlos Martins
CREMEC 6076
Traumatologia - Ortopedia

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE 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 _____ 6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____ 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 8 - DATA DE NASCIMENTO _____ 9 - SEXO: Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____ 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO _____ 15 - UF _____ 16 - CEP _____		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Sedre de frama formosela 64 -		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Larv hipertar		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) _____ 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL _____ 21 - CID 10 PRINCIPAL _____ 22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO _____ 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ 26 - CLÍNICA _____ 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____ 28 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE _____ 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____ 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ Dr. José Carlos Martins CRM/EC 155.000-0 Transfusão - Otorrinolaringologia		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURADORA _____ 37 - Nº DO BILHETE _____ 38 - SÉRIE _____ 39 - CNPJ EMPRESA _____ 40 - CNAE DA EMPRESA _____ 41 - CBOR _____ 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR _____ 45 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____		

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE		Nacionalidade: Brasileira
Endereço: Henrique Jorge I s/nº		Profissão: Agricultora
CPF: 060.690.333-02 RG: 2006005140781 SSPDS/CE		Estado Civil: Solteira
Bairro: Henrique Jorge	Cidade: Madalena	Estado: Ceará
Cep: 63.860.000	Telefone:	

OUTORGADO:

FRANCISCO GERLENE ARAGAO ARAUJO, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº.19740, portador do RG nº.8904002036995 SSP/CE e CPF nº.393.499.853-49, com escritório profissional no seguinte endereço: Rua Francisca Clotilde, nº 940, Bairro Rodolfo Teófilo - Fortaleza - CEP 60.431-070. Fone: (85) 8842-1339.

PODERES:

PODERES: O Outorgante confere ao Outorgado amplos e ilimitados poderes, com a cláusula "AD JUDICIA" e "AD NEGOCIA" para o fôro em geral, especialmente para, onde com esta ou certidão desta se apresentar, defender o Outorgante e seus interesses, propondo cobrança Administrativa e /ou judicial de Seguro DPVAT, podendo interpor Ação Judicial de Cobrança de Seguro DPVAT, recorrer, peticionar, responder a Reconvenção, interpor Mandado de Segurança, indicar e nomear Procuradores e/ou Prepostos (principalmente para representarem o Autor em audiências), receber intimações (inclusive para audiências), transigir, realizar acordos, passar recibos e dar quitação, receber pagamentos de qualquer espécie, levantar numerários depositados em juízo, assinar documentos, **endossar cheques**, efetuar pagamentos, tudo que se fizer necessário para o fiel cumprimento de suas obrigações, podendo inclusive, substabelecer com ou sem reservas de poderes; por tais serviços, Outorgante pagará ao Outorgado o equivalente ao percentual pactuado no contrato de prestação de serviços, tendo como base de cálculo a quantia total recebida na cobrança (administrativa e/ou judicial) do seguro DPVAT, independentemente dos honorários advocatícios sucumbências arbitrados em juízo. Em caso de Substabelecer sem reservas de poderes, fica mantido o pagamento dos honorários pactuados. A presente procuração é passada de forma irrevogável e irretratável.

MADALENA- CE, 13 DE FEVEREIRO DE 2017.

LUANA DG OLIVEIRA ALEXANDRE
Outorga

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006005140781 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/02/2011

NOME
LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE

FILIAÇÃO
FRANCISCO ADOLINO ALEXANDRE ALVES
MARIA DE OLIVEIRA ALEXANDRE

NATURALIDADE
BOA VIAGEM - CE

DATA DE NASCIMENTO
21/04/1992

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 28015 FOLHA: 192V
LIVRO: A-25 BOA VIAGEM - CE

CPF

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 34

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA INFÂNCIA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PUNÇÃO FOMENTO AO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE BOM-CAZOS, INFÂNCIA E JUVENTUDE

1

Polegar Direito

LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE

CARTEIRA DE IDENTIDADE



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE



A A A

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Como-Pedir-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Como-Pedir-Indenizacao.aspx)

Teclado.aspx)
Documentos Despesas Médicas
(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicadas.aspx)
Documentos Invalidez Permanente
(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
Documento Morte
(/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
Dicas Indispensáveis
(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

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 3160441682 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE**CPF/CNPJ:** 06069033302**Posição em 22-06-2017 10:36:38**

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.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)

SINISTRO 3170039933 - Resultado de consulta por beneficiário

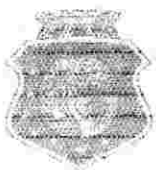
VÍTIMA LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE**CPF/CNPJ:** 06069033302**Posição em 22-06-2017 10:36:38**

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
10/03/2017	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
UNIDADE POLICIAL DE CARIDADE/CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA – B.O.

DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº B.O: 0547/2016

DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 27/04/2016 às 9:20 hs

DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 20/03/2016 às 06:00 hs.

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: FZ. SÃO CARLOS - ZONA RURAL-MADALENA/CE

PONTO DE REFERENCIA: PRÓXIMO O MATA BURRO



HISTÓRICO: A queixosa informa que no dia e hora acima citados, que encontrava-se pilotando sua motocicleta marca HONDA CG 125 FAN, placa HYO 4235/CE chassi 9C2JC30708R052723, ano 2007/2008, cor PRETA, licenciada em nome de MARTA MARQUES RIBEIRO, que na ocasião junto estava sua amiga na garupa a Sra LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE portadora do RG: 2006005140781, que seguiam com destino a cidade de Madalena, quando no meio do trajeto havia uma curva quando o pneu dianteiro derrapou, a condutora perdeu o controle da motocicleta em que guiava e vieram a cair ao solo, que a garupeira Luana de Oliveira Alexandre foi socorrida por populares que levaram para o Hospital e Maternidade Mãe Totonha de Madalena-CE, a vítima sofreu forte pancada em tornozelo esquerdo e pé direito e múltiplas escoriações pelo corpo, a condutora da motocicleta não sofreu nenhuma lesão grave. A vítima não teve atendimento da guarda e nem do SAMU. E NADA MAIS DISSE, E NEM LHE FOI PERGUNTADO, ONDE VAI DEVIDAMENTE ASSINADO.

➤ DADOS DA VITIMA (A):

NOME: LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE

RG: 2006005140781 - SSPDS/CE CPF: 060.690.333-02

DATA DE NASCIMENTO: 21/04/1992

FILIAÇÃO: Francisco Adolino Alexandre Alves

Maria de Oliveira Alexandre

ENDEREÇO: Angellita Moreira de Melo nº 194, Henrique Jorge – Madalena/Ce

DADOS DA NOTICIANTE (A):

NOME: MARTA MARQUES RIBEIRO

RG: 2006005256321 - SSPDS/CE CPF: 038.258.053-28

DATA DE NASCIMENTO: 28/05/1988

FILIAÇÃO: Adauto Ribeiro Carlos e Antonete Marques Ribeiro

ENDEREÇO: Avenida Antonio Costa Vieira nº 152, bairro Pinhos – Madalena/Ce

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 284.88-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Marta Marques Ribeiro

Carimbo e Assinatura
Carimbo da Unidade Policial
Mat: 28488 - 1 - 3

Nº DO CLIENTE

5167554-4

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 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Coelce
agora é
enel

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

459476825

Rota

17 36050 05 159000 - 8

Data de Emissão

27/12/2016

Nome

LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE

End. Postal

BAIRRO HENRIQUE JORGE I 00000

Henrique Jorge - Madalena - 63860000

Medidor

7036410

Poste

0000 0000

Classe

01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência

0,00

RG/CPF/CNPJ

060690333-02

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência

Dez/2016

Data da Apresentação

27/12/2016

Previsão Próxima Leitura

24/01/2017

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto

MACACOA

Mês

Out/2016

EUSD

41,80

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

88,89

27,00%

24,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A940.5081.EA6E.A48B.327F.CE4E.460F.BB23

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual

Leit. Anterior

Const.

Consumo (kWh)

Cons. Incl.

Cons. Fat.

Tarifa (R\$/kWh)

Valor (R\$)

758

634

1,00

124

0,00

124

3,71691

88,89

27/12/16

27/12/16

32 DIAS

124

88,89

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES

88,89

QUOTA PARCELAMENTO 2/10

340,29

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

9,80

VENCIMENTO

25/01/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

438,98

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia

Transmissão

Distribuição

Encargos Setoriais

Tributos (ICMS PIS/COFINS)...

TOTAL

38,26

8,33

13,33

6,67

29,66

88,89

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

166

124

161

183

290

140

84

146

136

163

157

168

248

MEI Dez Nov Out Set Ago Jul Jun Ma1 Abr Mar Fev Jan

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica(%CO₂)

53,59

0,00

8

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Previsão de Aviso

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constam em nossos controles contábil em atraso.

Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrada deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e c. 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano

Valor R\$

10/2016

147,16

Total

147,16

Considere desta fatura R\$ 5,66 referente a PIS e COFINS.

Fonte: S Res. 160/2006 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03

Nº do Cliente:

5167554-4

Referência:

Dez/2016

Data de Emissão:

27/12/2016

Total a Pagar (R\$):

438,98

Nº da Nota Fiscal:

459476825

Nº de Controle:

0005167554 00050 39612 96



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **060.690.333-02**

Nome da Pessoa Física: **LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE**

Data de Nascimento: **21/04/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/11/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:06:46** do dia **06/04/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **E45C.C250.2DE0.9173**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE, portador da carteira de identidade nº 2006005140781 e inscrito no CPF/MF sob o nº 060.690.333-02, residente e domiciliando na BAIRRO HENRIQUE JORGE I S/Nº, Cidade MADALENA, 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 perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localidade no Município em que resido realiza perícia 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 da 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.

LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE

Assinatura do Declarante

Conforme documento de identificação

Madalena – Ceará, 03 de Janeiro de 2017

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Nome: LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE		Nacionalidade: Brasileira
Endereço: Henrique Jorge I s/nº		Profissão: Agricultora
CPF: 060.690.333-02 RG: 2006005140781 SSPDS/CE		Estado Civil: Solteira
Bairro: Henrique Jorge	Cidade: Madalena	Estado: Ceará
Cep: 63.860.000	Telefone:	

DECLARA com fundamento no artigo 1º da Lei nº 7.115/83, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, as informações e declarações constantes no processo judicial e, também, ser pobre na acepção jurídica do termo (na forma da lei), enquadrando-se na concessão prevista na Lei nº 1060/50 e posteriores alterações, pois sua 'situação econômica' não lhe permite pagar as 'custas' e demais 'despesas' do processo e os honorários de advogado 'expert' sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

MADALENA- CE, 13 DE FEVEREIRO DE 2017.

LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE, RG Nº. 2006005140781, data de expedição 25/02/2011, Órgão SSPDS/CE, CPF Nº. 060.690.333-02, venho parente a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguido, anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	BAIRRO HENRIQUE JORGE I
Número	S/Nº
Apto/Complemento	CASA
Bairro	HENRIQUE JORGE
Cidade	MADALENA
Estado	Ceará
CEP	63.860.000
Telefone de Contado	(88) 99752-40007
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Madalena – CE, 03 de Janeiro de 2017.

LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE

DECLARAÇÃO

Nome: LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE		Nacionalidade: Brasileira
Endereço: Henrique Jorge I s/nº		Profissão: Agricultora
CPF: 060.690.333-02 RG: 2006005140781 SSPDS/CE		Estado Civil: Solteiro
Bairro: Henrique Jorge	Cidade: Madalena	Estado: Ceará
Cep: 63.860.000	Telefone:	

Declaro que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

MADALENA- CE, 13 DE FEVEREIRO DE 2017.

LUANA DE OLIVEIRA ALEXANDRE

Declarante.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 011830152364 Exercício 2015	
PRT 01 00947281134 0000000000		MA 00947281134 0000000000	
MARIA MARQUES RIBEIRO MADALENA		03825503328 9C230230708R052723 HY04235/CE	
PLACA ANT / UF CE		SPC / DMT CHASSI PLACA	
ESPECIE TIPO 1		COINVEST 1	
PLACA / MODELO MONDA / 1.25 1.6N		ANO FAB. 2007 ANO MOL. 2008	
CAP / POT / OL 2P / 8CV / 124CC		CATEGORIA PARTE COR PREDOMINANTE PRETA	
COTA UNICA VENO: COTA UNICA		VENO: COTA UNICA VENO: COTAS	
P V A		PRECISEMENTO 3	
PREMIO TRANSF. ANO (R\$) 100		PREMIO TOTAL (R\$) 100	
OBSERVAÇÕES		PRAZ. DE PAGAMENTO 3	
MADALENA 1004		DATA 06/06/2015	

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

CE Nº 011830152364 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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
2015 08/06/2015

PLACA
HYD4235

OPF / ONPU
03B25805328

VA
01

RENAVAM
009472B1134

MARKA / MODELO
HONDA / CG 125 FAN

ANO FAB
2007

DATA INÍC
09

Nº DO SEGURO
9C2AFC30706R052723

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$) 129,04	DEBITAV (R\$) 14,34	CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	1,11 (R\$)	292,81

PAGAMENTO ☐ PARCELADO

COTA ÚNICA ☒

DATA DE VENCIMENTO DO SEGURO
03/06/2015

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CHAMU (011) 248-5065/001-04
www.seguradoraslider.com.br

05/19

Madalena
Prefeitura de
UM NOVO TEMPO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MADALENA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MÃE TOTONHA



SECRETARIA MUNICIPAL DE
Saúde
MADALENA
Direito aos. Um dever nosso.

RECEITUÁRIO

Nome: Suzana de O. Alexandre

Solicitar

Rx pc / tanzen e

Dr. Jussara Cordeiro
Málice
CRM 15.000

"Fumar é prejudicial à saúde"

Data: 23 / 03 / 2016