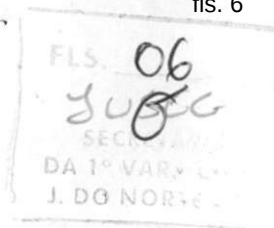




ACTUS

Advogados Associados



“PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA, brasileiro solteiro, estudante, portador do RG nº 2008.32222-6 SSP/CE e inscrito no CPF nº 611.435.693-42, residente e domiciliado à Rua das Flores, nº 381, CEP 63050-215, bairro Solésiano, Juazeiro do Norte/CE

pelo presente nomeia e constitui bastante procurador, THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787, e-mail: thomazbarbalha@yahoo.com.br, ANTÔNIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, e-mail: allan.saraiva@hotmail.com, todos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio, 649 em Barbalha/CE, onde recebe intimações e avisos, a quem confere os poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad judicium”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

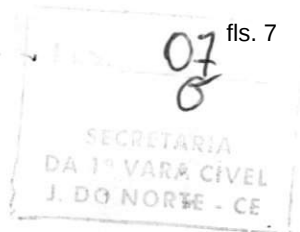
Barbalha-CE, 13 de julho de 2017.

x

Deymyson Bruno da Silva Souza



ACTUS
Advogados Associados



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Deymyson Bruno da Silva Souza, brasileiro, solteiro, estudante, RG nº 200832222-6 SSP/CE, CPF 611.435.693-42, residente e domiciliado na Rua dos Rios, nº 301, bairro Palesiano, Juazeiro do Norte/CE

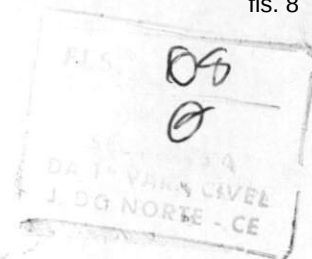
DECLARA nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que são pobres na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício de seu sustento e de sua família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

BARBALHA-CE, 13 de julho de 2017

x Deymyson Bruno da Silva Souza

<http://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true>



SINISTRO 3170020607 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

CPF/CNPJ: 61143569342

Posição em 14-07-2017 08:16:50

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
11/04/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

FLS. 09
6
SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 15553 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/10/2016 16:42:56**
Data / Hora da Ocorrência: **09/09/2016 20:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PADRE CÍCERO COM ALENCAR PEIXOTO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA**
Nascimento: **18/09/1998** CPF:
RG: **2008322225-6** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ROSÂNGELA DA SILVA SOUSA**
CÍCERO DE SOUSA
Endereço: **RUA DAS DORES, 361**
Bairro: **SALESIANOS** CEP:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **MARCOS SILVA SOUZA**
Nascimento: **15/03/1977** CPF:
RG: **96005008420** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA PRECILIA DA SILVA SOUSA**
MANOEL JOSÉ DE SOUZA
Endereço: **RUA DO ROSARIO, 941**
Bairro: **SALESIANOS** CEP:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98805-9804**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWU4266** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2KC08104R095514 Renavam: **835868400** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca:
Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano Fabricação: **2004** Ano Modelo: **2004**
Combustível: **GASOLINA** Cor: **LARANJA** Proprietário: **MARCOS SILVA SOUZA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma o noticiante supra qualificado e advertido das penalidades dos artigos 340 e 342 ambos do C.P.B. que na data, horário e local acima referidos, vinha conduzindo o veículo supra cadastrado, tendo como garupeiro a vítima Deymyson Bruno da Silva Souza, instante em que um carro colidiu na traseira da moto ocupada pelo noticiante e pela vítima; QUE em virtude do tal acidente, a vítima obteve uma fratura no braço esquerdo, sendo que o noticiante nada sofreu; QUE a vítima recebeu o primeiro atendimento médico pelo SAMU, tendo sido depois socorrido para uma UPA nesta cidade; QUE não foi acionado o DEMUTRAN, tendo o condutor do carro se evadido do local; QUE possui CNH; QUE está recebendo guia de exame de corpo de delito. E nada mais disse.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

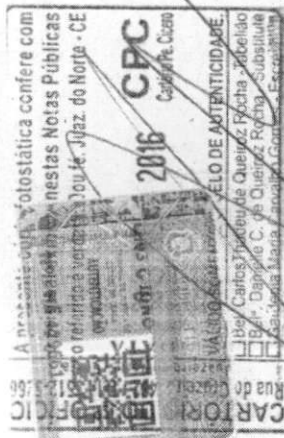
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Pág. 1 de 2

x Marcos Silva Souza

Rf. 16

Imprimido em 26/10/2016 17:22



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA BANHOS ROQUE, liberado nos autos em 05/06/2018 às 11:48. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0053505-23-2017.8.06.0112 e código 3798806.

**UPA 24h Juazeiro do Norte**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail...:

FLS. 10 fls. 10

8 75910

SECRETARIA

CNPJ: 19.062.270/0001-66

Telefone: (088) 3512-3333

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Data: 09/09/2016
Hora: 22:37

Data de Saída: 09/09/2016
Hora de Saída: 22:37

Paciente

Nome: 51842 DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA
Responsável: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA
Mãe: ROSANGELA DA SILVA SOUZA
Endereço: RUA DAS DORES, 361, SALESIANO - JUAZEIRO DO

Nasc: 18/09/1998 Idade: 17
Telefone: (88) 98827-4023 Celular: () -
CEP: - - Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: 160733945600018

Doc. Identidade: 2008322225 6 Guia:

Autorização:

Trabalho:

Validade da Carteira:

Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio: SUS

Cod. de Credenciamento

Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

vítima de acidente automobilístico, com leves escoriações difusas e dor em punho esquerdo

Antecedentes Médicos**Exame Físico**

leves escoriações difusas e edema leve em punho esquerdo

Exames Complementares**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 Y435

acidente automobilístico

Tratamento

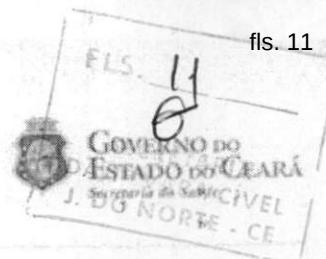
voltarem, rx

Dr. Leonardo Távora
CRM: 8756

FRANCISCO LEONARDO TAVORA
CRM: 8756 / CE

Diretor Médico

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA Admissão: 09/09/2016 23:36
Pront.: 109687 Data Nasc.: 18/09/1998 Idade: 17 ano(s) 11 mes(es) e 24 dia(s) Tel.: 88 098827402
Mãe: ROSANGELA DA SILVA SOUZA
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP Bairro: SALESIANOS
Endereço: RUA DAS DORES 361

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador AMANDA SOUZA DE ALMEIDA Horário 09/09/2016 23:40
Queixa: DOR EM MSE APÓS QUEDA
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR MODERADA
Sato02:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: ABEL TENÓRIO DE MACEDO FILHO CRM: 11224 Nº: 340592 Horário 09/09/2016 23:42
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: MEDICAÇÃO (ALTA APÓS MEDICAÇÃO)

Hipótese Diagnóstico: FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. SOFREU FRATURA FECHADA DE PUNHO ESQUERDO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MÃO E PUNHO DIREITO E ESQUERDO. JOELHO DIREITO, JOELHO ESQUERDO, COTOVELO DIREITO, HÁLUX DIREITO E REGIÃO DORSAL.

LOTE, GLASGOW 15. NEGA VÔMITOS, NEGA SÍNCOPE, NEGA TRAUMA EM CRÂNIO(ESTAVA DE CAPACETE), NEGA OUTRAS QUEIXAS ORTOPÉDICAS ALÉM DA DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO.

JÁ TRAZ RADIOGRAFIA REALIZADA NA UPA QUE EVIDÊNCIA FRATURA ARTICULAR DE PUNHO ESQUERDO (BARTON VOLAR).

EXAME NEUROVASCULAR PRESERVADO EM MSE.

CD: ORIENTAÇÕES GERAIS + EXPLICO QUE O PADRÃO FRATURÁRIO DE SEU PUNHO ESQUERDO NÃO SE ENQUADRA NA LISTA DE FRATURAS OPERADAS NESTE HOSPITAL + ATESTADO MÉDICO + ENCAMINHAMENTO PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO HOSP. ESTEFÂNIA + PRESCRIÇÃO + AINES + IMOB

ALTA

Data: 10/09/2016 00:23

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
09/09/2016 23:40:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	AMANDA SOUZA DE ALMEIDA



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI

BOLETIM DE ADMISSÃO - INTERNAÇÃO

Prontuário: 49728 Registro: 3580 Data/Hora: 15/09/201 08:46
Paciente: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA
Mãe: ROSANGELA DA SILVA SOUZA
Nasc: 18/09/1998 RG: 2008322226 CPF: 611.435.693-42 Sexo: Masculino
Idade: 17 anos, 11 meses e
Endereço: RUA DAS DORES Nº 361 Bairro: SALESIANOS
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE UF: CE
Convênio: PREF. DE JUAZEIRO Carteira:
Fone: 88988274023 - 0
Profissão: NENHUM CBO Atendente: SILVANYFERREIRA
Tipo de Acomod.: Enfermaria Bloco: POSTO II Quarto: 09 Leito: 2
Médico Responsável: 009048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

Historia Clinica ou resumo :

Exames complementares:

Diagnostico :

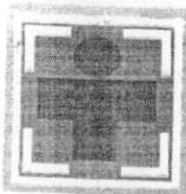
() Agudo () Crônico () Tempo de Evolução ____ () Meses () Anos

Previsão de Alta: ____/____/____ Hora: ____
Curado () Melhorado ()
Trat. Ambulatorial () Indisciplina ()
Transferido ()

Óbito: ____ Causa: ____ Data: ____/____/____

Rosângela da S. Souza
Paciente/Responsável

Médico Solicitante



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 3580

Data: 15/09/2016

Paciente: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Carteira:

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRICAO

CLIENTE JOVEM 17 ANOS, ADMITDO NESSA UNIDADE HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO DE PUNHO, CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, COOPERATIVO, CALMO. VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, DEAMBULANDO, ACOMPANHADO, EM DIETA ZERO. SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS APRESENTA CRISES CONVUNSIVAS, TOMA GARDENAL + TROPICAMARGO, REALIZADO AVP COM JELCO Nº: 20, EM SOROTERAPIA, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, HIGIENE SATISFATORIA, SE QUEIXAS NO PRESENTE MOMENTO.

P.A: 120X80 mmHg

Tº: 36°C

R: 18 rpm

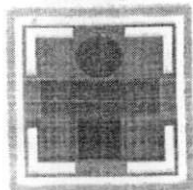
P: 78 bpm

AGUARDA CHAMADA PARA S.O.



SARA DIAS BARROSO
COREN-CE-967402
15/09/2016 09:41:06

Sara Dias Barroso
Téc. Enfermagem
COREN-CE 967402



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CAIRIRI



Nº Registro: 3580

Data: 15/09/2016

Paciente: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Carteira:

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRICAO

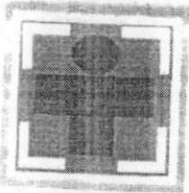
AS 14:30hs CLIENTE MENOR EM PRE DE PUNHO ENCAMINHADO PARA S.O.

AS 16:00hs CLIENTE MENOR RETORNOU DO S.O, APOS PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOTENSO, ACOMPANHADO, DIETA LIEBERADA APOS EFEITO DA ANESTESIA, REALIZADO RX DE CONTROLE, AFERIDO A PA: 120X80mmHg, T: 35,7C, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.



MARIA REGILANE SANTOS
COREN-CE-966766
15/09/2016 16:10:34

Maria Regilane Santos
Téc. em
COREN



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 3580

Data: 15/09/2016

Paciente: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Carteira:

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRICAO

CLIENTE REFERINDO DOR, MCPM, EM REPOUSO NO LEITO, AFERIDO SSVV, RESPIRANDO AR AMBIENTE, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM, EM REPOUSO NO LEITO.

PA= 11X8

TEMP= 36.2°C

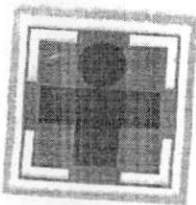
R= 20

P= 68.



MARTA MARIA NASCIMENTO DE
COREN-CE-429032
15/09/2016 22:20:14

mae



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

FLS. 16
6

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL

fls. 16

Nº Registro: 3580

Paciente: DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

Data: 15/09/2016

Convênio: PREF. DE JUAZEIRO

Médico: 9048 WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

Carteira:

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1.1 - DESCRIÇÃO

CLIENTE JOVEM 17 ANOS, EVOLUINDO BEM AO P.O DE PUNHO ESQUERDO, COSNCIENTE, ORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, COOPERATIVO, CALMO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, DEAMBULANDO, ACOMPANHADO, ACEITANDO BEM A DIETA OFERECIDA, NORMOTENSO, AFEBRIL, EUPNEICO, SSVV AFERIDOS, JELCO HIDROLIZADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICOS PRESENTES, HIGIENE SATISFATORIA, SEM QUEIXAS NO PRESENTE MOMENTO.

P.A: 110X80 mmHg

Tº: 36°C

R: 19 rpm

P: 69 bpm

APÓS VISITA MÉDICA CLIENTE RECEBEU ALTA HOSPITALAR.



SARA DIAS BARROSO
COREN-CE-967402
16/09/2016 07:42:19

Sara Dias Barroso
Téc. Enfermagem
COREN-CE 967.402

 HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI		Avenida Padre Cícero KM 02 Bairro: Triângulo Juazeiro do Norte CE PABX: (88) 2101.3150 - FAX: (88) 3571.4517			
NOME DO CLIENTE:		DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA			
EXAME SOLICITADO:		RAIOS X DO PUNHO		DATA 15/09/2016	IDADE 17 ANOS
MEDICO:	WAYDSON	CRM:	9048/CE	CONVÊNIO	PREFEITURA
 <i>Fratura da extremidade distal do rádio</i> DR. EDUARDO LOPES CRM: 721					



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI.**

BOLETIM DE CIRURGIA
DA 1ª VARA CIVEL
J. DO NORTE - CE

Paciente: _____

Convênio: _____

REG. Nº _____

DIAGNÓSTICOS:

*Doença valvular + fratura
L. femoral + fratura
L. de costela + fratura*

CIRURGIAS REALIZADAS:

*Tratamento cirúrgico
fratura + punção*

CÓDIGO AMB: _____

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

*1) Paciente em posição supina
2) A. superior + artroscopia
3) Redução + fixação
+ suturese pericrural*

*Dr. Mayrton
Ortopedia -
CRM - CE 5043*

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas**Clínica Médica - Cirurgia Geral**

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

Atesto para os devidos fins
que Deynison Bruno A. Silva
esprazo sofreu acidente de mo-
to no dia 09/09/2016 que re-
sultou em fratura do punho
e do metacarpo. Recebeu
tratamento (cirurgia e
fisioterapia) com alto de-
ficiência, porém apresenta
regresso motor (limi-
tado de 60% do movimen-
to do punho esquerdo.

16/12/2016.

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
Médico
CREMEC - 6795

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 8829.6724 / 9689.5332

Dr. Jofrânio Bandeira F. de Caldas

Clínica Médica - Cirurgia Geral

- Especialização em Medicina da Família e Comunidade.
- Pós-Graduação (Residência Médica em Cirurgia Geral)

Relatório Médico
O paciente DERMYSON
BANHO DO SILVA sofreu
acidente de moto no dia
09/09/2016 que resultou
em fratura do punho esquer-
do e mão esquerda. Recebeu
tratamento imobilizado
na mão esquerda e cirur-
gia - ortopédica - punho
esquerdo. Apresenta que-
bra humeral de 60% do
movimento do punho es-
querdo. Recebeu o tra-
tamento no dia 12/01/2017.

21/02/2017.

Dr. Jofrânio B. F. de Caldas
MÉDICO
CREMEC: 6795

Av. Ailton Gomes, 2478 - Pirajá - Juazeiro do Norte-CE - Px. ao Banco do Brasil
Anexo Laboratório Vidanalise

(88) 3571.1449 / 0800.0791441 / 9 8829.6724 / 9 9689.5332

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polícia Distrito

DEMYSON BRUNO da SILVA SOUZA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008322225 - 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/2012

NOME DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA

PILIAÇÃO CICERO DE SOUZA

ROSÂNGELA DA SILVA SOUZA

NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE - CE DATA DE NASCIMENTO 18/09/1998

DOC. ORDEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 83119 FOLHA: 140V

LIVRO: 157/A JUAZEIRO DO NORTE - CE

CPF 611.435.693-42

1 VIA ASSINATURA DO DIRETOR P.: 179

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **611.435.693-42**

Nome da Pessoa Física: **DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA**

Data de Nascimento: **18/09/1998**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/07/2012**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:37:48** do dia **03/11/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5BBE.94D3.A6A8.AA18**

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.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012674471249
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: GOMEO1 Cód. RENAVAM: 835868400 R.N.T.R.C.: 0000000000 EXERCÍCIO: 2016

NOME: **MARCOS SILVA SOUZA**

JUAZEIRO DO NORTE/CE

CPF / CNPJ: 04572195307 PLACA: HWU4266

PLACA ANT / UF: *****/CE CHASSI: 9C2KC08104R095514

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB.: 2004 ANO MOD.: 2004

CAP / POT / CIL: 2P/0CV/149CC CATEGORIA: ALUGUEL COR PREDOMINANTE: LARANJA

COTA ÚNICA: I P V A FAIXA LPVA: PARCELAMENTO / COTAS: VENC. COTA ÚNICA: VENC. / COTAS: 1º ISENTO 2º CONF 3º CERT

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 286.75 IOF (R\$): 1.11 PRÊMIO TOTAL (R\$): 292.01 DATA DE PAGAMENTO: 13/06/2016

OBSERVAÇÕES: *****

LOCAL: JUAZEIRO DO NORTE DATA: 09/08/2016

Assinado digitalmente por **Igor Pontes**
EXPEDIDOR

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

CE Nº 012674471249 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: 2016 DATA EMISSÃO: 09/08/2016

VIA: 01 CPF / CNPJ: 04572195307 PLACA: HWU4266

RENAVAM: 835868400 MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB.: 2004 CAT. TARIF.: 09 Nº CHASSI: 9C2KC08104R095514

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 129.04 DENATRAM (R\$): 14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$): 143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15 IOF (R\$): 1.11 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$): 292.01

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 13/06/2016

SEGURODORA LIDER - DPVAT
LOTE/DOC: 130656/28 - LACRE:
MOTOR: KC08E14095514



FLS. 23
JUAZEIRO DO NORTE - CE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192
CEARÁ

FLS. 24
8

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **DEYMYSON BRUNO DA SILVA SOUZA**, portador do RG Nº 2008322225-6 e inscrito no CPF sob o Nº 611.435.693-42, no dia 09/09/2016 às 20h49min, no município de JUAZEIRO DO NORTE - CE, na Av. Padre Cícero. Paciente vítima de queda de moto, onde o mesmo foi encaminhado para a **UPA de Juazeiro do Norte**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva. Ana Cristine Medeiros Silva Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 13 de outubro de 2016

Atenciosamente,


MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ



SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061

E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Deymyton Bruno da Silva Souza

RG nº 20083222256 data de expedição 05/09/12 Órgão SSP-CE

CPF nº 611.435.693-42, 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>Rua das Donas</u>
Número	<u>361</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Salvianópolis</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63050-215</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 99981-8213 / (88) 3572-0398</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE 03/11/16

Assinatura do Declarante: X Deymyton Bruno da Silva Souza

