



PROCURAÇÃO



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

(nome) JOSÉ ROBERTO CORREIA FIRMINO JUNIOR,
brasileiro(a), (estado civil) SOLTEIRO, (profissão) AUTÔNOMO,
portador(a) da cédula de identidade Registro Geral n.º 2006019140338,
inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º 069.824.233-52,
residente e domiciliado(a) PV ALAGADIÇO - S/N - CANAAN
Trairi/CE, CEP: 62.690-000.
(Rua/Avenida/Localidade)

OUTORGADOS: ADRIANO FERNANDES PINHEIRO, OAB/CE 22.161, e NEIO LÚCIO FERRAZ PASSES, OAB/CE 30.495, ambos com endereço à Rua Fortunato Barroso, 270, Centro, Trairi/CE, CEP: 62.690-000, (adrianopinheiro.adv@gmail.com - neioferrazadvogado@gmail.com), onde recebem intimações e demais comunicações.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** confere aos **OUTORGADOS** plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhes, ainda, os poderes especiais para receberem citação, confessarem, reconhecerem a procedência do pedido, transigirem, desistirem, renunciarem ao direito sobre o qual se funda a ação, receberem, dar quitação, firmarem compromisso e assinarem declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecerem esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticarem todos os atos processuais que achem oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLÁUSULA ESPECIAL: O(a) Outorgante, nesta oportunidade, se responsabiliza pela legalidade, idoneidade e veracidade de todos os documentos e informações que serão fornecidos aos outorgados para anexarem nas petições, objeto do presente instrumento de outorga.

Trairi/CE, 16 de OUTUBRO de 2019.

x José Roberto Corrêa Firmino Junior
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,
(nome) JOSÉ ROBERTO CORREIA FIRMINO JUNIOR,
brasileiro(a), (estado civil) SOLTEIRO,
(profissão) AUTÔNOMO, portador da cédula de identidade Registro
Geral n.º 2006019140738, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas
Físicas sob o n.º 069.824.233-52, residente e domiciliado(a)
(Rua/Avenida/Localidade) PV ALAGADIÇO - S/N - CANAAN

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Trairi/CE, 16 de OUTUBRO de 2019.

x. José Roberto Correia Firmino Junior

DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF



Eu, JOSE ROBERTO CORREIA FIRMINO JUNIOR,
brasileiro(a), SOLTEIRO, AUTÔNOMO
com endereço na (Rua, Localidade, Avenida)
PV ALAGADIÇO - S/N - CANAAN
Trairi/CE, Cep: 62690-000, **DECLARO** para os devidos fins e sob as penas
da que sou **ISENTO** de **DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO DE**
RENDA PESSOA FÍSICA.

Informo ainda que, com a edição da Instrução Normativa da RFB n.º 864 de 25 de julho de 2008, a referida "DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO" deixou de ser emitida pela RFB, conforme informação extraída do sítio da própria Receita.

A presente declaração segue em conformidade com a Lei n.º 7.115/83, que autoriza o interessado a comprovar a referida isenção mediante declaração escrita e assinada.

Portanto, afirmo que não obtive rendimentos financeiros tributáveis junto à Secretaria da Receita Federal nos últimos três anos, exercícios referentes aos anos de 2016, 2017 e 2018.

Nos referidos exercícios não obtive rendimentos provindos de trabalho assalariado, proventos de aposentadorias, pensões, aluguéis ou atividade rural, suficientes para declarar IRPF, e não me enquadrando nos demais casos que obrigam a entrega da Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física.

Nesse azo, assumo a responsabilidade de informar, imediatamente à Vossa Excelência a alteração da situação narrada, apresentando a documentação comprobatória, assim que disponibilizada pela RFB.

Sob as penas da Lei, **DECLARO** que as afirmações acima são a expressão da verdade pelo que me comprometo criminalmente, sabendo que declaração falsa é crime (art. 299 do Código Penal).

Trairi/CE, 16 de OUTUBRO de 2019.

x José Roberto Correia Firmino Junior

DECLARANTE



DOCUMENTOS PESSOAIS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006019140738

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/08/2010

NOME JOSÉ ROBERTO CORREIA FIRMINO JÚNIOR

PLACAO JOSÉ ROBERTO CORREIA FIRMINO

MARIA ALBANISA SOUSA DE LIMA

NATURALIDADE TRAIRI - CE

DATA DE NASCIMENTO 24/04/1992

DOC. ORGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MUNDAÚ TERMO: 4.280 FOLHA: 192-V

IVRO: A-5 TRAIRI - CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 11

VIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

José Roberto Correia Firmino Júnior

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
069.824.233-52

Nome
JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR

Nascimento
24/04/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





COMPROVANTE DE ENDEREÇO



CONSULTA POR BENEFICIÁRIO

SINISTRO 3190520138 - Resultado de consulta por beneficiário

ÍTIMA JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR
ABERTURA Invalidez

ONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV
Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

ENEFICIÁRIO JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR
PF/CNPJ: 06982423352

Posição em 10-09-2019 08:44:24

Seu pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT.

O prazo regulamentar para conclusão da análise é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando o processo neste site.



SINISTRO 3190520138 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR

CPF/CNPJ: 06982423352

Posição em 19-09-2019 10:24:54

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

19/09/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
------------	--------------	----------	--------------



COMPLEMENTO - ENVIAR P/ OFÓRUM

TEM LESÃO ANTIGA NA PERNA

DEBILIDADE DO TRAUMA



BOLETIM DE Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

Impresso nº 201988093

BOLETIM DE Ocorrência Nº 561 - 255 / 2019



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/02/2019 09:42:45**
Data / Hora da Ocorrência: **16/06/2018 18:00:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro: **ALAGADIÇO**
Município: **TRAIRI/CE**
Ponto de Referência: **PEIXARIA DO SR. NALDO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR**
Nascimento: **24/04/1992** CPF: **069.824.233-52**
RG: **2006019140738** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ALBANISA DE LIMA**
JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO
Endereço: **RUA ALAGADIÇO**
Bairro: **CANAA**
Município: **TRAIRI/CE**
País: **BRASIL** CEP:

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMX4377** Uf: **CE** Município: **TRAIRI** Chassi: **9C2KD0550ER350172** Renavam: **1040673489** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **CARLOS ANTONIO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma o declarante que no dia e hora supracitado, seguia na garupa da motocicleta acima descrita, conduzida por Carlos Antônio da Silva, pela Localidade de Alagadiço, Distrito de Canaã, Trairi/CE, quando o condutor perdeu o controle da motocicleta, ao colidir contra um veículo que invadiu a preferencial, vindo os dois a cair ao solo; QUE o condutor da motocicleta teve apenas alguns arranhões, enquanto o declarante afirma ter quebrado uma perna, sendo socorrido por um conhecido da região, conhecido por "Amor", que estava passando pelo local, que o levou ao Hospital Municipal de Trairi/CE, conforme boletim de atendimento apresentado; QUE o condutor da motocicleta possui Carteira Nacional de Habilitação na categoria AB, CNH nº 06512441207 DETRAN/CE; QUE apresentou como testemunhas as pessoas de CARLOS ANTÔNIO DA SILVA, filho de Antônio Carlos da Silva e Maria do Carmo Ferreira da Silva, portador do RG 141208087 SSPDC-CE, CPF 436.687.472-53, residente na localidade de Alagadiço, Distrito de Canaã, Trairi/CE e ROSIANE HOLANDA DE SOUSA, filha de José Valmir de Sousa e Irany Linhares de Holanda, portadora do RG 2007019039148 SSP-CE, CPF 040.037.653-97, residente no Povoado de Lavagem Grande, Distrito de Canaã, Trairi/CE. Nada mais disse///
As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira

Pág. 1 de 2

DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

Consolidado em: 06/02/2019 09:57:12

João Bosco Pegado Pires Filho
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 301.186-7-7

José

Impresso em: 06/02/2019 09:57:12



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

Impresso nº 201988093



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561 - 255 / 2019

responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340) do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOÃO BOSCO PEGADO PIRES FILHO - MAT.: 30118677

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: José Roberto Carlos Firmino Junior

VISTO DO DELEGADO(A) :

MICHEL ANDERSON FONSECA DE MEDEIROS - MAT.: 30119738

TESTEMUNHAS:

1. Carlos Antonio da Silva

2. Rosiane Holanda de Sousa



DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

I) SF 1000 ml 0,9%. EV + 04 FA. Transmissão
EV, na p.d.a. Região

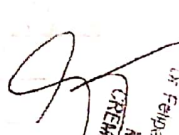
II) Dipirona 2: 18 AM EV. ~~19:00~~ ^{Com} 327411


Dr. Felipe Noronha Lechli
Médico
CREMEC 18.911

III) Uroprofeno 100 mg + 100 ml SF 0,9%. EV. 20:15
p

IV) Ceftriaxona 2 g EV. 20:30
p

V) Varina 1 litro. 21:15


Dr. Felipe Noronha Lechli
Médico
CREMEC 18.911


Dr. Felipe Noronha Lechli
Médico
CREMEC 18.911

Atla

HORA DA SAÍDA

DATA DA SAÍDA

DESTINO DO PACIENTE

Transfêrencia

Dr. Felipe Noronha Lechli



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



Prefeitura de
Fortaleza



PACIENTE:

João Roberto

RELATÓRIO DE ALTA

PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO: <i>10/07/18</i>	DATA DA ALTA <i>16/07/18</i>	DATA DO RETORNO <i>30/07/18</i>	<i>53</i>

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

9306

Dr. Paulo de Tasso C. Castro
Ortopedia / Traumatologia
CRM 1995

PRINCIPAL:

Infecção fêmur

DIAGNÓSTICOS

ACESSÓRIO 1:

ACESSÓRIO 2:

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS:

Ne

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirurgia

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

AINH e AIB

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐

CURADO

☒

MELHORADO

☐

PIORADO

☐

ÓBTOS

☐

OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

16/07/18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

GRUPO HDEBO-SAME-Relatório de Alta-2018



ESTADO DO CEARÁ
Município de Trairi
Secretaria de Saúde

Receita de Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo _____ UF _____ No. _____
CRM _____
Endereço Completo e Telefone _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

1a. VIA FARMÁCIA
2a. VIA PACIENTE

Dr. Felipe Nogueira Lima
CRM/CE 10.294

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Seri Rolando Correia Figueiredo
Endereço: Trairi
Prescrição: USO ORAL
76/06/19
Cefprozil 500mg 20 cp
01 cp 12/12h por 10 dias.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA _____

Secretaria Municipal de Saúde - Av. César Cals, S/N - Centro - Trairi - CE - CEP 61.600-000



TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2017 - 2020

de Saúde

RECEITUÁRIO

Nome: Seri Rolando Correia Figueiredo

CNS: _____

Uso Oról

0 Dipirona 500mg 0112

Paracetamol 500mg 6/6h

Uso Oról

0 Dipirona 500mg 20cp

01 cp 6/6h a dor



Dr. Felipe Nogueira Lima
CRM/CE 10.294

25/06/18

Data

CRM

Secretaria Municipal de Saúde - Av. César Cals, S/N - Centro - Trairi - CE - CEP 61.600-000



Brasão do Município

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

1ª VIA FARMÁCIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE - ORIENTAÇÃO DO PACIENTE

Dra. Maria Rocha Costa
Médica
CREMOM-18.886

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: José Robson Costa Firmine Junior
Endereço: Magadine
Prescrição: Uso Oral
① Cefprozim 500mg 40cp
Tomar 01 cp de 6/6h por 10 dias

Data: 25 / 06 / 18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	

RECEITUÁRIO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
Av. Presidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810
Fone: (85) 3105.1560 - CNPJ: 07.835.044/0004-23

Paciente: Frei Roberto C. Freixo Junior
Endereço: Rua Ado Fuentel 931

Bairro: Parque das Palmeiras Fone: _____

Prescrição: _____

Deflexione 100g 30 cap
Tras 1 cap. na 1 de 6/6
Profunda 100g 10
Tras 1 cap. na 1 de 12/12h

→ NÃO PISAR

Dr. Paulo de Tarso de Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1988

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____
Identificação: _____
Origem Emissor: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____
Data: _____



TRAIRI
PREFEITURA MUNICIPAL
2017 - 2020

Estado do Ceará
Município de Trairi
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

Nome: Frei Roberto Correia

CNS: _____

- Colagenase para uso local



Dr. Paulo de Tarso de Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1988

19/06/18
Data

Ass.do médico - CRM

Secretaria Municipal de Saúde - Av. César Cals, S/N - Centro - Trairi - CE - CEP 62690-001
Fone: 85 3351.1300 - CNPJ: 07.533.946/0001-62 - CGF 06.920.238-9

RECEITUÁRIO MÉDICO

JOSÉ ROBERTO CORREIA FLEMINHO JUNIOR

Rx USO ORAL

1. Enalapril 10mg - uso cont
Toman 01 cp 4x/dia. F

E-600

2

27/02/2018



Dr. Henrique Girão Martins
Médico
CREMEC 17052

RECEITUÁRIO MÉDICO

JOSÉ ROBERTO CORREIA FLEMINHO JUNIOR

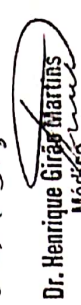
Rx USO ORAL

1 Enalapril 10mg - uso cont
Toman 01 cp 4x/dia.

2

27/02/2018





Dr. Henrique Girão Martins
Médico
CREMEC 17052



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ
CENTRO TÉCNICO DE SAÚDE - DIRSA



NÚMERO DO PROTOJÚRIO
DATA 23/10/2019

FICHA GERAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO

NOME		BAIRRO	DISTRITO SANITÁRIO	
IDADE DE SAÚDE				
NOME DO USUÁRIO				
DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	PROFISSÃO	
MÃE				
DA MÉDIA	MENOS DE 1 SM	1-3 SM	3-6 SM	MAIS DE 6 SM

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ COQUELUCHE	☐ DIFITERIA	☐ HANSENIASE	☐ POLIOMELITE
☐ RUBÉOLA	☐ SARAMPO	☐ TUBERCULOSE	
OUTROS			

RAVOS DE RISCOS

☐ ALCOOLISMO	☐ ALERGIA	☐ CARDIOPATIA	☐ DIABETES
☐ D. MENTAL	☐ EPILEPSIA	☐ HEMOFILIA	☐ HIPERTENSÃO
☐ SIDA (AIDS)	☐ TABAGISMO		
OUTROS			

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ CÂNCER	☐ CARDIOPATIA	☐ DIABETES	☐ HANSENIASE
☐ HEMOFILIA	☐ HIPERTENSÃO	☐ TUBERCULOSE	
OUTROS			

VACINAÇÕES

POS	A PÓLICE	TRIPLICE	A SARAMPO	BOG	A TETÂNICA
DATA					

ANTOGRAFAS

EXAME	DATA	DIREITO	ESQUERDO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR

ALBANISA SOUSA DE LIMA
A PIMENTEL 931 JANGURUSSU

PREVIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

DE MOTO

DADOS PESSOAIS

NASCIMENTO
24/04/1992(26 ANOS)
NOME RESPONSÁVEL
NI
MUNICÍPIO
FORTALEZA

Nº DO PRONTUÁRIO
5115005
SEXO
M

Nº DO BE
289021
RAÇA/COR
PARDO

CEP
60.866-775

UF
CE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
MOTIVO
AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NI

SINAIS VITAIS
SAT O2
NI%

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
MARIA BENICE A SILVA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
10/07/2018 09:29:12

DIAGNÓSTICO
GENCIA TRAUMATOLOGICA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

Após acidente de moto há 20 dias com dor local
RX: FRATURA PERNA DIR. Pontada de 54 de profusão
ED. INTERNAÇÃO.

COD. PROCEDIMENTO

CID

() SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

X perna (D) AP + P

TIPO DE ALTA/SAÍDA

TIPO MÉDICO () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

MARIA BENICE A SILVA em 10/07/2018 09:29:12

Verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código

Dr. Bruno Melo

Ortopedia e Traumatologia

CREMEC 15725 / REG 1564

Dr. Regina dos Santos
JOSE ROBERIO CORREIA FIRMINO JUNIOR

CONFERE COM ORIGINAL
28.10.19
Jef

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tormaz Coelho, 1578
Fortaleza - CEP 60.864-510

Fortaleza

Contato



DOCUMENTO DO VEÍCULO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014413781186
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA - COD. RENAVAM 1040673489 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
CARLOS ANTONIO DA SILVA
TRAIPI

CPF / CNPJ 43668747253 PLACA PMX4377/CE

CHASSI 9C2KD0550ER350172

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BR09 ES ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1* 2* 3*

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

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA 17/09/2018

TRAIPI

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 014413781186 BILHETE DE SEGURO DPVAT

43668747253 PMX4377/CE

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

014413781186 378287765

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2018 17/09/2018

VIA 01 43668747253 PLACA PMX4377

RENAVAM 1040673489 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BR09 ES

ANO FAB. 2014 Nº CHASSI 9C2KD0550ER350172

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SEGURO DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.245.509/0001-01 20779452

MOTOR: KDO5E5E350172 07284

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

07284 PMX4377

COD. RENAVAM

1040673489



TOMBO

Registrei a presente ação sob o nº. 1
no livro nº _____
desta Secretaria de Vara Única.

Itairi/CE, ____ / ____ / ____

Diretor(a) de Secretaria

CONCLUSÃO

Aos ____ / ____ / ____ faço estes autos
conclusos M. M. Juiz de Direito.

Diretor(a) de Secretaria