

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
ARTESANATO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

CPF: 032.699.433-50 **DATA NASCIMENTO: 16/12/1988**

RENÇÃO: FRANCISCO ALBERTO FERREIRA BARBOSA SILVANA LUCIA SALES BARBOSA

RENÇÃO: [REDACTED] **ACC: [REDACTED]** **CALHA: [REDACTED]**

PRIMEIRA: 07/08/2023 **1ª HABITAÇÃO: 03/06/2014**

PRIMEIRO REGISTRO: 0608-170102

LOCAL: PORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO: 11/09/2018

07014543984
CE166361436

CEARA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1660023301



PROIBIDO PLASTIFICAR
1660023301

Cagece

fls. 9

007894945

ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

RU JURACI MAGALHAES, 286, BARRA DO CEARA

FORTALEZA

50334-090

001

044

0477

0003

0009

00

00

001

000

000

000

AGUA

A08F463776

252

262

10

10

21/08/2019

21/08/2019

8790434

22/07/2019

21/09/2019

16774

M. MAGALHAES DIST. DA REPERTELA

06/2019

Medição	Consumo	Tarifa	Valor	Consumo	Valor
526	526	125	526	526	
538	538	538	538	538	
515	535	532	511	534	

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m3 | META: 10 m3.

Constatamos debito de R\$ 41,95. Caso pago, desconsiderar.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

VALORES DOS SERVIÇOS

Item	Valor	Item	Valor
AGUA	28,30		
ESGOTO	12,45	ago/18	10
ACRESC. IMPONT. AGUA TARZ	0,12	set/18	8
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,52	out/18	8
MULTA DE 2%	0,92	nov/18	10
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0,07	dez/18	9

Águia Assessoria jurídica

Dr. Mamede Adriano Filho OAB/CE: 27490, Cels: (85)988081329(ol);
(85)996298847(tim), Victor Hugo Lima de França, Cels: (85)986824574, (85)987579994
e (85) 30559729 Rua Barão Do Rio Branco, 2027, sala 5, José Bonifácio - Fortaleza-Ce.
CEP: 60.871-170-; e: e-mail - mamedeaf@gmail.com

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Alysson Alberto Sales Barbosa</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	Carteira de Identidade: <u>2023010370830</u>
CPF nº: <u>032.688.433-50</u>	Residência: <u>Rua Junay Mopolhões</u>	
Bairro: <u>Boma Uará</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u> CEP: <u>60.334-030</u>

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador Dr. **MAMEDE ADRIANO FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE., sob o Nº. 27490, com escritório na Rua Barão Do Rio Branco, 2027, sala 5, José Bonifácio - Fortaleza-Ce, CEP: 60.871-170-; e: e-mail - mamedeaf@gmail.com, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **RECEBER E DAR QUITAÇÃO**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza, 30 / 07 / 2020

Alysson Alberto Sales Barbosa

OUTORGANTE

Águia Assessoria Jurídica

Dr. Mamede Adriano Filho OAB/CE: 27490, Cel: (85) 988081329 (oi);
(85) 996298847 (tim), Victor Hugo Lima de França, Cel: (85) 986824574, (85) 987579994
e (85) 30559729 Rua Barão Do Rio Branco, 2027, sala 5, José Bonifácio - Fortaleza-Ce.
CEP: 60.871-170-; e: e-mail - mamedeaf@gmail.com

2. _____ CPF

DECLARAÇÃO

Nome: <u>Alisson Alberto Sales Barbosa</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	Carteira de Identidade: <u>2003010370930</u>	
CPF nº: <u>032.698.933-50</u>	Residência: <u>Rua Tenacy Magalhães, 286</u>		
Bairro: <u>Bom do Amor</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60.334-090</u>

Em conformidade com o Art. 4º da Lei 1:060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza, 30/07/2020

Alisson Alberto Sales Barbosa



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019757177



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3562 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **22/10/2019 15:05:48**
 Data / Hora da Ocorrência: **16/03/2019 04:25:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV BEZERRA DE MENEZES , SAO GERARDO - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA**
 Nascimento: **16/12/1988** CPF: **032.699.433-50**
 RG: **2003010370930** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **SILVANA LÚCIA SALES BARBOSA**
FRANCISCO ALBERTO FERREIRA BARBOSA
 Endereço: **RUA JURACY MAGALHÃES, 286 CJ ZENAIDE MAGALHÃES**
 Bairro: **BARRA DO CEARA**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.334-090**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98576-6077**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OII4363** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KD0560CR509351** Renavam: **462405443** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS KS** Ano: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **LOCABRAS SEGURANCA DE VALORES LTDA ME** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA OII-4363 NA AV. BEZERRA DE MENEZES QUE AO PASSAR POR UM BURACO NA VIA A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA VOTO E COLIDIU CONTRA UM GELO BAIANO (BLOCO DE CONCRETO QUE SEPARA A VIA), QUE DA COLISÃO A VITIMA CAIU NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.///////// OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Alysson Alberto Sales Barbosa

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA** portador do RG n.º 2003010370930, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 032.699.433-50, dia 16/03/2019, às 04h30, Município de Fortaleza-CE, na Avenida Bezerra de Menezes, próximo ao North Shopping, vítima de acidente de trânsito, queda de motociclista, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 22 de agosto de 2019.

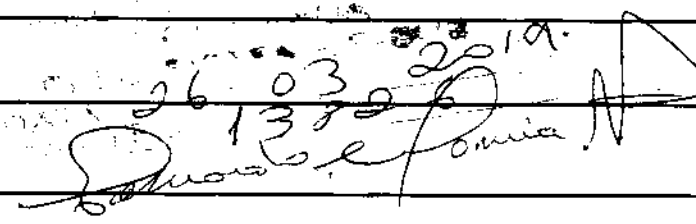

Marta das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 18/03/2019 04:53:49	
CNS: 702902541108079		NOME: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA		Registro: 5455809	
CPF: 03289943350		RG: 1800023301	D. NASC: 16/12/1988	ESTADO CIVIL:	SEXO: M RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: SILVANA LUCIA SALES BARBOSA			NOME DO PAI: FRANCISCO ALBERTO FERREIRA BARBOSA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: JURACY MAGALHAES		Nº: 288	BAIRRO: BARRA DO CEARA
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 986903248	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60334090
NOME: JOSE MARCOS /SAMU USB 123 CONDUTOR KAIO		PARENTESCO: AMIGO		TELEFONE:	
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:	
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.					
QUEIXAS: relato de queda de moto com fratura MID sem perda de consciencia					
OBSERVAÇÕES:					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AZUL		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 18/03/2019 04:53:49	
CNS: 702902541108079		NOME: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA			Registro: 5455809		
CPF: 03289943350		RG: 1860023301	O. NASC: 18/12/1988	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: SILVANA LUCIA SALES BARBOSA			NOME DO PAI: FRANCISCO ALBERTO FERREIRA BARBOSA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: JURACY MAGALHAES		Nº: 286	BAIRRO: BARRA DO CEARA		
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 986903248	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 80334090	
NOME: JOSE MARCOS //SAMU USB 123 CONDUCTOR KAIO			PARENTESCO: AMIGO		TELEFONE:		
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:		
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um objeto fixo ou parado.							
QUEIXAS: relato de queda de moto com fratura MID sem perda de consciencia							
OBSERVAÇÕES:							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública		Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AZUL			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 29865947

Data 17/03/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 12700732 ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

Nascimento.: 16/12/1988 Sexo: M RG.: 2003010370930 SSP CE CPF.: 03269943350

Endereço.: R JURACY MAGALHÃES 286 BARRA DO CEARA FORTALEZA CE 60410-4 Tel.: 985770555

Convenio.: HAPVIDA MATRIZ

Matricula.: 81088000139001015

Solicitante: Dr(a) FELIPE VERAS PEREIR**Queixa Principal:**

FRATURA DE TIBIA

Exame:

RX PERNA (MEMBROS INFERIORES) - DIREITO

!\\cW{B'

5764528831

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em tibia com haste metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 484



**ANTONIO
PRUDENTE**

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE
AV AGUANAMBI, 1827 - FÁTIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) **ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA** às 16:41 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 90 (NOVENTA) dias, a partir de 17/03/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S822

Código da Doença

Dr. Felipe Veras P. da Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
CRM 12845 TEST 14735
Local e Data

Assinatura do Médico

FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA

CRM 12845

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BFPQR39A4O0K0



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
57644035



fls. 18

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

16/10/2019 16:45:31

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12700732	ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA	M	16/12/1988	30
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2003010370930 SSP CE	3269943350		1-CASADO	
Endereço				
R JURACY MAGALHÃES,286 - BARRA DO CEARA, FORTALEZA(CE) CEP 60410444				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
985770555				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
81088000139001007		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
17/03/2019	11:49		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2132184 FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFIRMAÇÃO

LEANDRO 21082

Assinatura

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

16/10/2019 16:37

Paciente: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA Dt. Nasc.: 16/12/1988 Atendimento: 57644035 Prontuário: 12700732
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12845 [1] Nº: 35477902 17/03/2019 às 11:53

ANAMNESE

Queixa Principal REFERE ACIDENTE DE TRANSITO ONTEM ENCAMINHADO PARA O IJF ONDE REALIZOU O PRIMEIRO ATENDIMENTO SENDO EVIDENCIADO FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA NO MOMENTO ENCONTRA-SE ESTAVEL, CONSCIENTE E ORIENTADO, APRESENTANDO DOR NA PERNA DIREITA E OMBRO DIREITO [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA [1]

CID10 S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

LEANDRO 21082

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

16/10/2019 16:37

Paciente: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA	Dt. Nasc.: 16/12/1988	Atendimento: 57644035	Prontuário: 12700732
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1	
Profissional(is): FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12845 [1]	Nº: 35479751	17/03/2019	às 12:43
ANAMNESE			
Queixa Principal	RX: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIR CD: SOLICITO TTO CIRURGICO		[1]

LEANDRO 21082

LEANDRO 21082

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 08/09/2020 às 11:24 , sob o número 02502614220208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0250261-42.2020.8.06.0001 e código 7347E46.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**16/10/2019 16:37**

Paciente: ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA **Dt. Nasc.:** 16/12/1988 **Atendimento:** 57644035 **Prontuário:** 12700732
Convênio: HAPVIDA **Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/1

Profissional(is): FELIPE VERAS PEREIRA DE OLIVEIRA CRM 12845 [1] **Nº:** 35479802 **17/03/2019 às 12:46**

ANAMNESE

Queixa Principal RX: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIR [1]
CD: SOLICITO TTO CIRURGICO

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral RX: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIR [1]
CD: SOLICITO TTO CIRURGICO

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados Alta após cuidados e/ou medicação [1]

LEANDRO 21082
ASSISTENTE

LEANDRO 21082

SINISTRO 3190604026 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ALYSSON ALBERTO SALES BARBOSA

CPF/CNPJ: 03269943350

Posição em 04-02-2020 17:54:50

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/11/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50