

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPEJE

FLS. 9

RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 465 - 951 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/07/2018 08:29:00**
Data / Hora da Ocorrência: **03/06/2018 03:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA BR-222**
Complemento:
Bairro: **FERROS** Município: **ITAPEJE/CE**
Ponto de Referência: **POSTO ZE DA PENHA**

Noticiante(s)

Nome: **JOSEBERTO FERREIRA BRITO**
Nascimento: **06/03/1981** CPF: **956.363.073-49**
RG: **338076899** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ROSA FERREIRA BRITO**
DAVID PEREIRA DE BRITO
Endereço: **RUA RAIMUNDO NABOR BASTOS, 49** CEP:
Bairro: **SANTA RITA**
Município: **ITAPEJE/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HUU5608** Uf: **CE** Município: **ITAPEJE** Chassi:
9C2KC08105R021023 Renavam: **839371691** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2004** Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **JOSBERTO FERREIRA BRITO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

NARRA O NOTICIANTE QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇOS ACIMA MENCIONADOS, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRA QUALIFICADA, QUANDO AO PASSAR POR CIMA DE UMA LOMBADA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO CAIR AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL LOCAL FUSEC, EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA IJF EM FORTALEZA; QUE SOFREU FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO, QUEBROU TRES DENTES E VARIAS ESCORIAÇÕES PELO O CORPO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAPEJE**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOSIVAN DA ROCHA SILVA - MAT.: 30105214****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***** Joseberto Ferreira Brito****VISTO DO DELEGADO(A) :****ALISSON GOMES DA SILVA - MAT.: 30082117**



Esta é a segunda via de

JUN/2018Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco**N° DO CLIENTE****295266****DV 1****VENCIMENTO****02/07/2018****TOTAL A PAGAR (R\$)****76,20****DESCRIÇÃO DA CONTA****Quantidade × Tarifa = Valor (R\$)**End. da Unidade RU RAIMUNDO NABOR BASTOS 00049 SANTA RITA ITAPEAJE
Consumidora 62600000

RG / CPF / CNPJ 686.158.843-15

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 36076 35988 1 88 0 88

DATAS DE LEITURAData de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

22/06/2018

23/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

56BF.E17F.05CC.79D8.995D.33A2.5298.AD9A

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

67,59

Aliquota

27%

Valor do Imposto

18,24

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**OUTROS PAGAMENTOS**

JUROS DO MES

0,41

MULTA MORATORIA

1,29

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

6,91

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,89)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

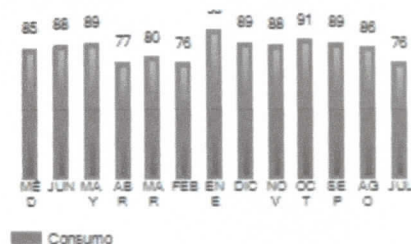
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 17,33

Conjunto ITAPEAJE

Mês ABR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

295266-1N° da Nota Fiscal: **530431795**Total a Pagar (R\$): **76,20**

Data de Emissão:

24/07/2018Referência: **JUN/2018**

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

NOME: <u>Josberto Ferreira Brito</u>		
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	
PROFISSÃO: <u>Vendedor</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>05/03/1981</u>	
C.P.F.: <u>956.363.073-49</u>	R.G.: <u>338076899</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua: Raimundo Nader Bastos, 49</u>		
BAIRRO: <u>Santa Rita</u>	CIDADE: <u>Itapagé</u>	U.F.: <u>ce</u>
C.E.P.: <u>62.600-000</u>	FONE: _____	

A pessoa acima qualificada, declara para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e da própria família, nos termos do art. 5º, LXXIV, e na Lei nº 1.060/50 e alterações supervenientes.

Fortaleza - ce, 15 de Dezembro de 2018.

X Josberto Ferreira Brito

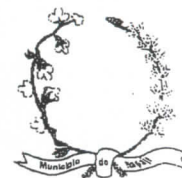
Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE EXTERNO

Prova do ato declaratório

HOSPITAL E MATERNIDADE JOÃO FERREIRA GOMES



CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIA / MÊS / ANO

0	3	0	6	1	8
---	---	---	---	---	---

REG

1	3	7
---	---	---

NOME DO PACIENTE

Josebento Ferreira Brito

IDADE

37

SEXO

M

DATA DE NASCIMENTO

0	6	0	5	8	1
---	---	---	---	---	---

PROFISSÃO

Agricultor

IDENTIDADE

PROCEDÊNCIA

Fone: 994225706

FILIAÇÃO

Rosa Ferreira Brito e Davi Pereira de Brito

ENDEREÇO

R. Rodo Nabor Bastos 49

BAIRRO

Santa Rita

MUNICÍPIO

Tapajó

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

DADOS CLÍNICOS

PESO: ____ KG TEMPERATURA: ____ °C PRESSÃO ARTERIAL: *130x80* mmHg GLICEMIA: *130* mg/dl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

SPO 2 98%
PA 90 bpm

Pdo com relato de acidente motorcycl
apresenta sintomas de síndrome de
apresenta

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S.A.D.T. (EXAMES COMPLEMENTARES)

Exames de Rodo

Julimar Morais Sena
COREN-CE 639571-TE

DESTINO

RESIDÊNCIA	☐	TRANSFERÊNCIA	☐
RESIDÊNCIA	☐	RECUSOU INTER.	☐
LEITO OBSER.	☐	REFERÊNCIA	☐

CÓD. DO PROCEDIMENTO

Dr. <i>Henrique Gomes</i>									
CREMEC 18.177									

X TRANSFERIDO PARA FAMÍLIA

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

=== [ADMISSÃO] ===

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821002522	04/06/2018	20:15	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
ELETIVO			12600086002	
Origem do Paciente			Clínica/Especialidade	
IJF			CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA	
Médico Solicitante			Médico Responsável	
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI			6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI	
Procedimento Solicitado				Dias
0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DIST				2

=== [IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE] ===

Nome			Sexo
JOSBERTO FERREIRA BRITO			MASCULINO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil
06/03/1981	37 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)
Mãe			Religião
ROSA FERREIRA BRITO			NÃO INFORMADO
Conjuge			Pai
			DAVID PEREIRA DE BRITO
			Responsável
			SANDRIANA FERREIRA BRITO
			Prontuário
			2446319
CNS	Registro	Documento Informado	
702007813661789	201802570002430	RG: 338076899	
País		Município de Naturalidade	CEP
BRASIL		ITAPAGE/CE	62602-000
Município de Residência		Logradouro	
ITAPAGE/CE		RUA RAIMUNDO NABOR BASTOS	
Número	Complemento	Bairro	
SN		CENTRO	
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência	
(85)9216.0626	(85)9921.60626		
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)			
EMPREGADO FORMAL / VENDEDOR AMBULANTE			

=== [CONTATO/ACOMODAÇÃO] ===

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito
SANDRIANA	224/4
Tipo de Acomodação	Clínica
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA
Atendente: maria	Posto de Enfermagem
	POSTO DE ENFERMAGEM 03
	Data: 04/06/2018 Hora: 20:25:00 Tempo: 00:09:32

=== [TERMO DE RESPONSABILIDADE] ===

SANDRIANA FERREIRA BRITO, abaixo assinado, responsável pelo paciente JOSBERTO FERREIRA BRITO, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 04 de junho de 2018

RESPONSÁVEL *Sandriana Ferreira Brito*

TESTEMUNHAS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

NOME: José Roberto Ferreira Brito		
NACIONALIDADE: Brasileira	ESTADO CIVIL: Solteiro	
PROFISSÃO: Vendedor	C.P.F.: 956.363.073-49	
ENDEREÇO COM CEP: Rua Raimundo Nabor Bastos, 49. Cep. 62.600-000		
BAIRRO: Santa Rita	CIDADE: Itapagé	U.F.: ce

OUTORGADO: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.130, com endereço para intimações e notificações, nesta urbe, na Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, CEP 61.603-070, Caucaia/CE, onde recebe intimações de estilo (art. 106 do NCPC).

PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agir, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poder, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ainda ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques e decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais e a razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Fortaleza - ce, 15 de dezembro de 2018

José Roberto Ferreira Brito

OUTORGANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/01/2019 às 10:42, sob o número 01001983920198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0100198-39.2019.8.06.0001 e código 42423B7

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1471666974

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

JOSBERTO FERREIRA BRITO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

338076899 SSP CE

CPF

956.363.073-49

DATA NASCIMENTO

06/03/1981

FILIAÇÃO

DAVID PEREIRA DE BRITO

ROSA FERREIRA BRITO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

06584508116

VALIDADE

11/09/2020

1ª HABILITAÇÃO

15/03/2016

OBSERVAÇÕES

EAR;

Josberto Ferreira Brito

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

07/04/2017

José Vascunela Ponte

ASSINATURA DO EMISSOR

23045166844

CE158921011

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR

1471666974