



**MAMEDE ADRIANO FILHO, OAB/CE: 27490**  
**Rua José Hipólito, 485, Sala 9, Messejana - Fortaleza-Ce.**  
**CEP: 60.871-170- Cels: (85)88081329(oi); (85)96298847(tim);**  
**(88)94518229(claro) e: e-mail – mamedeadriano@globo.com**

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO BARROSO DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: CASADO	Profissão: COSTUREIRO	Carteira de Identidade: 8986707	
CPF nº: 360.169.503-00	Residência: RUA CAB EDUARDO		
Bairro: CENTRO	Cidade: HORIZONTE	Estado: CE	CEP: 62.880-000

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador Dr. **MAMEDE ADRIANO FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE., sob o N.º. 27490, com escritório na Rua José Hipólito – 485 – Sala – 09, Centro de Messejana – Fortaleza - CE. CEP – 60.871-170, 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 – CE 47 / 06 / 2015

*Francisco Barroso da Silva*

OUTORGANTE



**MAMEDE ADRIANO FILHO, OAB/CE: 27490**  
**Rua José Hipólito, 485, Sala 9, Messejana - Fortaleza-Ce.**  
**CEP: 60.871-170- Cels: (85)88081329(oi); (85)96298847(tim);**  
**(88)94518229(claro) e: e-mail – mamedeadriano@globo.com**

Nome: FRANCISCO BARROSO DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: CASADO	Profissão: COSTUREIRO	Carteira de Identidade: 8986707	
CPF nº: 360.169.503-00	Residência: RUA CAB EDUARDO		
Bairro: CENTRO	Cidade: HORIZONTE	Estado: CE	CEP: 62.880-000

## DECLARAÇÃO

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 - CE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Francisco Barroso da Silva*



**MAMEDE ADRIANO FILHO, OAB/CE: 27490**  
**Rua José Hipólito, 485, Sala 9, Messejana - Fortaleza-Ce.**  
**CEP: 60.871-170- Cels: (85)89081329(oi); (85)96298847(tim);**  
**(88)94518229(claro) e: e-mail – mamedeadriano@globo.com**

Nome: FRANCISCO BARROSO DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: CASADO	Profissão: COSTUREIRO	Carteira de Identidade: 8986707	
CPF nº: 360.169.503-00	Residência: RUA CAB EDUARDO		
Bairro: CENTRO	Cidade: HORIZONTE	Estado: CE	CEP: 62.880-000

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado, **MAMEDE ADRIANO FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE., sob o Nº. 27490, com escritório na Rua José Hipólito – 485 – Sala – 09, Centro de Messejana – Fortaleza - CE. CEP – 60.871-170, doravante denominado **CONTRATADO**, ajustam o seguinte:

**PRIMEIRO:** O **CONTRATADO** se obriga a prestar serviços advocatícios ao **CONTRATANTE**, na defesa dos direitos deste, no que diz respeito a promover a propositura de Ação/Pedido:

**SEGUNDO:** O **CONTRATANTE** se obriga a:

- 1) fornecer 01 (uma) fotocópia da Carteira de Identidade e do CIC/CPF.
- 2) fornecer cópias do boletim de ocorrência, certidão de obto, auto de exame cadavérico, e demais documentos necessários no período ao qual se busca o ressarcimento;

**Parágrafo Primeiro:** O contratado não se responsabiliza pela autenticidade dos documentos apresentados.

**TERCEIRO:** Ao **CONTRATADO** serão devidos, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (TRINTA POR CENTO) do benefício patrimonial conseguido com a ação contratada, verba igualmente devida no caso de desistência da ação, revogação da procuração por parte da **CONTRATANTE** ou acordo celebrado entre a seguradora conveniada.

**Parágrafo Primeiro:** Caso haja improcedência da ação ou nenhum valor seja recebido pelo Contratante, nada será devido por esse ao Contratado, se responsabilizando o contratante por todo e qualquer ônus sucumbencial se houver.

**Parágrafo segundo:** Os honorários de sucumbência são exclusivamente do advogado, não podendo ser descontados os percentuais recebidos no valor do presente contrato.

**QUARTO:** O **CONTRATADO** se compromete a prestar informações sobre o andamento da ação sempre que for solicitado pela **CONTRATANTE**, bem como a **CONTRATANTE** se compromete a providenciar outros documentos necessários, caso lhe seja solicitado.

**QUINTO:** As partes elegem o foro de Fortaleza(CE), para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato.

**SEXTO:** O **CONTRATANTE** se obriga a comunicar a **CONTRATADO** qualquer modificação de seu endereço.

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente contrato em três vias de igual teor para a mesma finalidade, para que se produzam efeitos legais e jurídicos.

FORTALEZA – CE      /    /    /

*Francisco Barroso da Silva* \_\_\_\_\_

Contratante

Contratado

Testemunhas:

1. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

# TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para a execução de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para a proteção jurídica dos seus direitos. Para a Justiça do Trabalho, bem como para a outorga de aposentadoria e demais benefícios previdenciários, também ela há de servir de base para a regular desoneração e ad. Fúndio. Garantindo o tempo de serviço - FÓTS.

O conteúdo de anotações contido nos documentos e o seu estado de conservação implicam a culpa, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Por sua importância, é seu dever protegê-la cuidadosamente, pois além de conter o registro de sua profissão, ela é garantia da preservação e validade de seus direitos como Trabalhador e cidadão contribuinte para assegurar a seu futuro e o de seu dependente. Tenha cuidado, também, com o documento de autenticação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

ESTA CARTEIRA CONTEM 50 PAGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

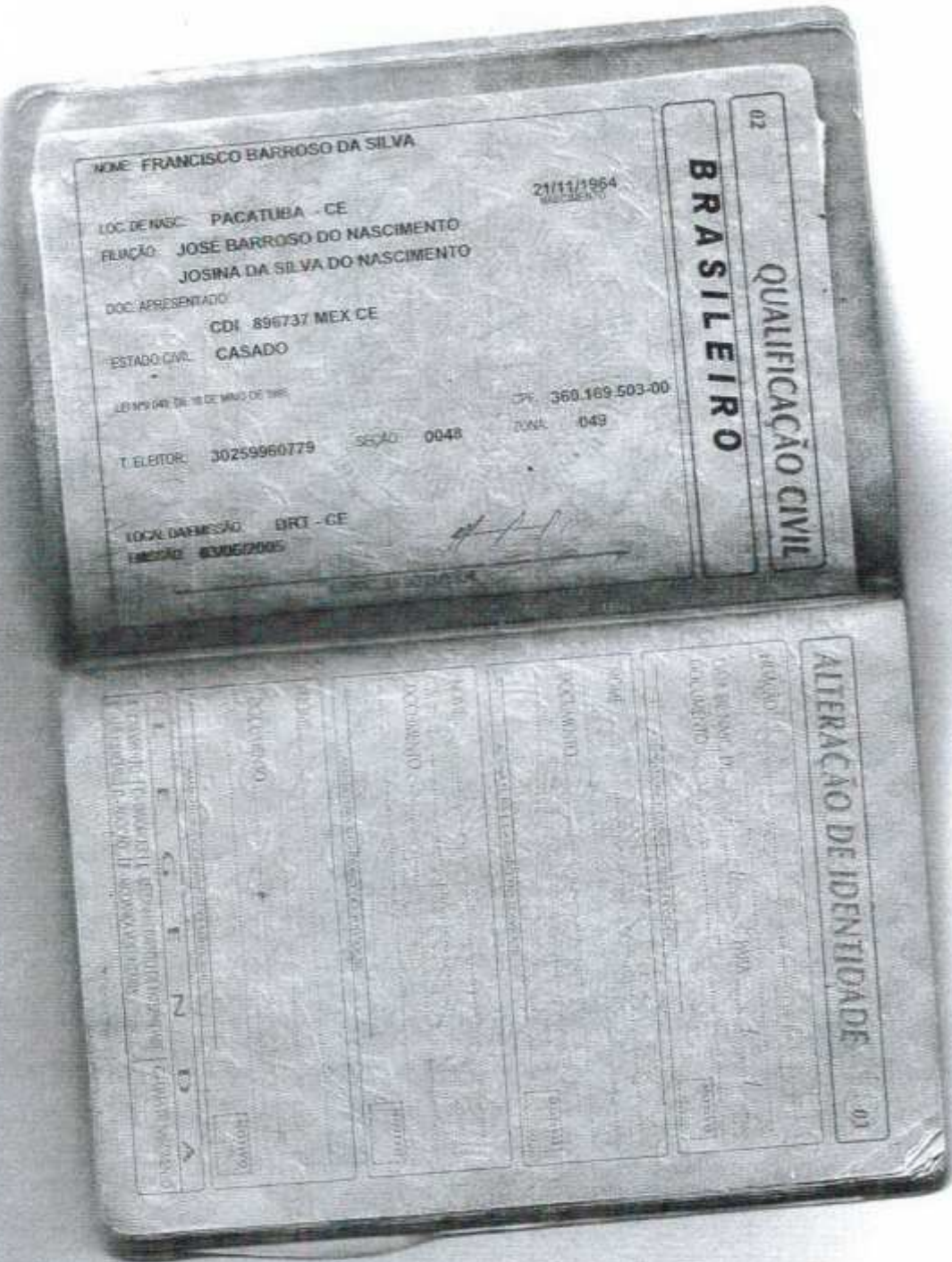
PIS/PASEP  
123.52015.60-1

8986707  
001-0  
CE

Francisco Bezoso da Silva

ADMINISTRADOR DE TI





NOME FRANCISCO BARROSO DA SILVA

21/11/1964  
NASCIMENTO

LOC. DE NASC. PACATUBA - CE

FILIAÇÃO JOSÉ BARROSO DO NASCIMENTO  
JOSINA DA SILVA DO NASCIMENTO

DOC. APRESENTADO

CDI - 896737 MEX CE

ESTADO CIVIL CASADO

LEI Nº 941 DE 18 DE MAIO DE 1968

CPF 360.169.503-00

T. ELEITOR 30259960779

SEÇÃO 0048

ZONA 049

LOCAL DA EMISSÃO BRT - CE  
EMISSÃO 830652005

02  
**BRASILEIRO**  
QUALIFICAÇÃO CIVIL

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03





PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE  
SECRETARIA DA SAÚDE

Av. Pres. Castelo Branco, 1782 - Centro - BR 116 - Km 40  
CEP 62880-000

CNPJ: 23.555.196/0001-26 - Pabx: 3336.6000  
e-mail: saudehorizonte@click21.com.br

UNIDADE DE SAÚDE:

PACIENTE: Moisés Barros da Silva

RA: \_\_\_\_\_

Rp uso oral

① Ibuprofeno 600mg 20cp

Tomar 1cp. 8/8hs,  
por 7 dias

**DENGUE**

- ✓ Saiba que Dengue tem cura espontânea;
- ✓ Evite tomar AAS, Diclofenaco
- ✓ Beba bastante água
- ✓ Evite esforços físicos
- ✓ Elimine os focos da sua casa
- ✓ Procure o Hospital se surgirem sinais como:
  1. Dor na barriga que não passa;
  2. Vômitos frequentes em poucas horas
  3. Desmaios e suor frio com tonturas
  4. Muita sede que não passa
  5. Sangramentos do nariz, boca, vômitos, urina e/ou fezes pretas.

HORIZONTE, 7.11.15

*Dr. Elton Martins*  
CREMPEC 11956

ASSINATURA

DATA				
PA SENTADO				
PA DEITADO				
PROVA DO LAÇO				
TEMP AXILAR				

# TRABALHADOR

Esta é a Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer atividade ou atividade profissional.

Nela constam os registros todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, paratido, ainda, a habilitação ao seguro-desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conteúdo das informações contido neste documento e o seu abuso de conservação, exposição a crimes, a extorção, a falsificação e as alterações praticadas, são puníveis.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidar, pois a perda dos dados registrados nela priva o seu direito como trabalhador e cidadão de participar para o bem de seu futuro e o de sua dependência, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS  
FOT - FUNDO DE APOIO DO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTEM 30 PAGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PL-PASEP

123.52015.60-1

8986707

001-0

CE

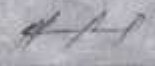
Francisco Barroso da Silva

ASSISTENTE DO TITULAR

POSSESSOR JURÍDICO





NOME: FRANCISCO BARROSO DA SILVA			
LOC. DE NASC.: PACATUBA - CE		21/11/1964	
FILIAÇÃO: JOSÉ BARROSO DO NASCIMENTO		NASCIMENTO	
		JOSINA DA SILVA DO NASCIMENTO	
DOC. APRESENTADO:			
	CDI 896737 MEX CE		
ESTADO CIVIL: CASADO			
LEI Nº 98 DE 18 DE MAIO DE 1995			
T. ELEITOR: 30259960779	SEÇÃO: 0048	CPE: 360.169.503-00	ZONA: 048
LOCAL DA EMISSÃO: DRT - GE			
EMIÇÃO: 03/06/2005			
 ASSINATURA DO TITULAR			
		<b>BRASILEIRO</b>	
		QUALIFICAÇÃO CIVIL	

<b>ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE</b>			
NOME _____ _____ _____	ENDEREÇO _____ _____ _____	DATA DE NASCIMENTO _____/_____/_____ _____	LOCAL DE NASCIMENTO _____ _____
SEXO _____ _____	ESTADO DE NASCIMENTO _____ _____	DATA DE EMISSÃO _____/_____/_____ _____	LOCAL DE EMISSÃO _____ _____
OBSERVAÇÕES (Especificar o motivo da alteração e a autoridade competente): _____ _____ _____ _____			

CONTRATO DE TRABALHO

06

EMPRESA: SANTA DE JESUS SAA  
 ENDEREÇO: RUA DE SANTANA, 100  
 BAIRRO: CENTRO, FORTALEZA, CE  
 MUNICÍPIO: FORTALEZA, CE  
 ESTADO: CEARÁ  
 DATA DO CONTRATO: 01 de Setembro de 2007  
 REGISTRO: R-01111111111111111111  
 EMPREGADO: MRS. J. DE JESUS SANTANA - ME  
 ENDEREÇO: RUA DE SANTANA, 100  
 BAIRRO: CENTRO, FORTALEZA, CE  
 MUNICÍPIO: FORTALEZA, CE  
 ESTADO: CEARÁ  
 DATA DO CONTRATO: 01 de Setembro de 2007  
 REGISTRO: R-01111111111111111111  
 EMPREGADO: J. DE JESUS SANTANA - ME  
 ENDEREÇO: RUA DE SANTANA, 100  
 BAIRRO: CENTRO, FORTALEZA, CE  
 MUNICÍPIO: FORTALEZA, CE  
 ESTADO: CEARÁ

CONTRATO DE TRABALHO

07

EMPRESA: ANTONIO QUEIROZ PE-  
 REIRA - ME  
 ENDEREÇO: RUA METON DE ALCANTARA  
 Nº 039 - CENTRO  
 FORTALEZA, CE  
 MUNICÍPIO: FORTALEZA, CE  
 ESTADO: CEARÁ  
 DATA DO CONTRATO: 01 de Agosto de 2007  
 REGISTRO: R-01111111111111111111  
 EMPREGADO: Antonio Queiroz Pereira  
 ANTONIO QUEIROZ PEREIRA - ME  
 ENDEREÇO: RUA METON DE ALCANTARA, Nº 039 - CENTRO  
 FORTALEZA, CE  
 MUNICÍPIO: FORTALEZA, CE  
 ESTADO: CEARÁ  
 DATA DO CONTRATO: 01 de Agosto de 2007  
 REGISTRO: R-01111111111111111111  
 EMPREGADO: Antonio Queiroz Pereira  
 ANTONIO QUEIROZ PEREIRA - ME  
 ENDEREÇO: RUA METON DE ALCANTARA, Nº 039 - CENTRO  
 FORTALEZA, CE  
 MUNICÍPIO: FORTALEZA, CE  
 ESTADO: CEARÁ



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **480626708**

**Companhia Energética do Ceará**  
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE  
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
 foi criada pela Lei nº 10.438 de  
 26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de  
**JUN/2017**

Utilize o n° abaixo sempre  
 que entrar em contato conosco

**N° DO CLIENTE**  
**6172773** DV **3**

**VENCIMENTO**  
**19/06/2017**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**112,53**

**DADOS DO CLIENTE**  
 Rota 06 020070 13 063000 Medidor Poste  
 Nome WHALISSON FERREIRA BARROSO 0000 A26W  
 Endereço Postal  
 End. da Unidade Consumidora RU CAB EDUARDO 00675 CENTRO HORIZONTE 62880000  
 RG / CPF / CNPJ 049.300.993-07 CGF  
 Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**  
 Leitura Atual 3728 Leitura Anterior 3618 Constante 1 Consumo (kWh) 110 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 110

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
<b>ENERGIA CONSUMO</b>	110	0,74987	82,48

**DATAS DE LEITURA**  
 Data de Emissão/ Apresentação 09/06/2017 Prev. Próxima Leitura 11/07/2017

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**  
 5DB1.04F1.4207.2384.BF4F.51AB.3141.24CB

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
82,48	27%	22,26

**OUTROS PAGAMENTOS**

CORRECAO MONETARIA DO MES	0,12
JUROS DO MES	0,18
JUROS DO MES	1,55
MULTA MORATORIA	1,57
JUROS DO MES	2,53
CORRECAO MONETARIA DO MES	3,22
JUROS DO MES	5,09
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	15,79

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

ENERGIA	27,03
TRANSMISSÃO	2,70
DISTRIBUIÇÃO	18,36
ENCARGOS SETORIAIS	6,35
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	28,04

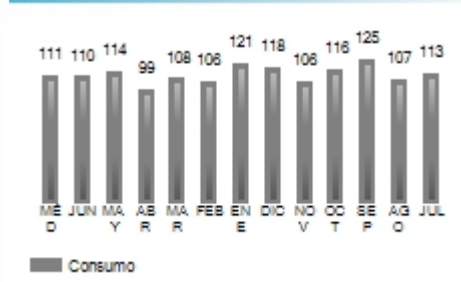
**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**  
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)  
 0 100

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
 Veja a legenda no verso desta conta. CM: 22,20  
 Conjunto COLUNA  
 Mês ABR/ 2017

	Padrão Individual		Apuração Individual	
	Mensal	Trim. Anual	Mensal	Trim. Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00
DMIC (h)	3,03		0,00	0,00

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**



autenticação mecânica **cliente**

N° do Cliente: **6172773-3** N° da Nota Fiscal: **480626708** Total a Pagar (R\$): **112,53**  
 Data de Emissão: **04/08/2017** Referência: **JUN/2017** N° de Controle:

**FATURA PAGA, NÃO RECEBER**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/09/2017 às 14:11, sob o número 01667002820178060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0166700-28.2017.8.06.0001 e código 2F27FFB

Width1W  
dt:3Wdt  
h993Vvidt  
h3Widht2  
643

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



Width1Widht3Widht993Widht3Widht8643

### BOLETIM DE OCORRÊNCIAS - B.O.

➤ DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Nº B.O.: 461-003972015 CIOPS  
DATA/HORADA COMUNICAÇÃO: 28/01/2015 10:09  
DATA/HORADA OCORRÊNCIA: 07/01/2015 16:13  
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: R CABO EDUARDO  
CENTRO HORIZONTE/CE  
PONTO DE REFERÊNCIA: DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL

MATERIAL(IS) FURTOADO(S)/APREENDIDO(S):

HISTÓRICO: Afirma o declarante que no dia, hora e local acima citados foi arropelado por uma motocicleta de placas e condutor não identificados no presente momento; Disse o declarante que o condutor da referida motocicleta evadiu-se do local sem prestar socorro; Que foi socorrido por populares que o conduziram até a UPA de Horizonte; Afirma o declarante que sofreu um trauma na perna esquerda e direita e excoriações pelo corpo; Que tem como testemunha JOSE BIZERRA DE SOUSA. E NADA MAIS DISSE.

➤ DADOS DA VÍTIMA

NOME: FRANCISCO BARROSO DA SILVA  
RG: 295263495 ORGÃO EMISSOR: SSP/CE UF:  
CPF: 36016950300  
DATA DE NASCIMENTO: 21/11/1964  
FILIAÇÃO: JOSÉ BARROSO DO NASCIMENTO  
JOSINA DA SILVA NASCIMENTO  
ENDEREÇO: R RUA CABO EDUARDO 675  
CENTRO 62.880-000  
HORIZONTE/CE  
TELEFONE: 3336.2347

➤ DADOS DO NOTIFICANTE

NOME: VÍTIMA

presente cópia confere com o original

em fé,  
Teste: \_\_\_\_\_ da Verdade.

Horizonte/CE 29 JAN. 2015

SELO DE AUTENTICIDADE  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ

NVE 03  
AUTENTICAÇÃO  
Nº GG949.096

01/01/2015 10:09

ANTÔNIA ANAÉLIA NUNES - Oficial de Registro Civil  
ANTÔNIA FERREIRA LARINHO - Esc. Substituta  
FCA GILNAR BISSERA GUERRA - Esc. Substituta  
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

AMARELO

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA  
HORIZONTE - CEARÁ



1500259239 07/01/2015 16:13:03 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 119

Paciente: FRANCISCO BARROSO DA SILVA  
Data Nascimento: 21/11/1964 Idade: 50 A 1 M 16 D  
Tipo Doc: Documento Orgão Emissor: SSP CE Data Emissão: 24/01/1995 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: PARDA Naturalidade: PACATUBA - CE  
Mãe: JOSINA DA SILVA DO NASCIMENTO Pai: JOSE BARROSO DO NASCIMENTO Contatos: (85) 3336-2347  
Endereço: RUA - CABO EDUARDO - 675 - CENTRO - HORIZONTE - CE

Class. de Risco: AMARELO Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Motivo do Atendimento: ATENDIMENTO AMBULATORIAL URGÊNCIA Caráter do Atendimento: Profissional do Atend: Procedência: - (PSF VILA NASC) Temp: Peso: Pressão: Setor: URGENCIA / EMERGENCIA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol: Registrado por: CIDADE

Queixa Principal: ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA  
 Síndrome Febri  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC TOTAL AO 1234 RV 12345 MRV 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)  
- Acidente motociclistico.  
- Dor em MTD.

Exame Físico: - Sem sinais de TCE.

Hipótese Diagnóstica: - Trauma em MTD

SADT - Exames Complementares:  RAIO-X  ULTRA-SOM  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS

PRESCRIÇÃO: @ Voltou 75mg Ampola FM.

Condução:  Alta por Decisão Médica  Ambulatório  Alta a Pedido  Observação (Até 24h)  Alta a Revelia  Internação  Transferência para Data e Hora da Saída/Alta

Óbito: Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomia Patológica  
Assinatura do Paciente ou Responsável: Francisco Barroso da Silva Carimbo e Assinatura do Médico:

Impresso por: alessandra  
Data Hora: 07/01/2015 16:15:24

CONFERE COM O ORIGINAL  
23 / 01 / 15  
  
FUNCIONÁRIO / HMVRS



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/09/2017 às 14:11, sob o número 01667002820178060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0166700-28.2017.8.06.0001 e código 2F27FFF.



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE  
SECRETARIA DA SAÚDE

Av. Pres. Castelo Branco, 1782 - Centro - BR 116 - Km 40

CEP 62880-000

CNPJ: 23.555.196/0001-86 - Pabx: 3336.6000

e-mail: saudehorizonte@click21.com.br

UNIDADE DE SAÚDE:

PACIENTE: Francisco Bezerra da Silva

RA:

uso oral  
① Ibuprofeno 600mg <sup>20cp</sup>  
Também 1p. 818tbl.  
por 7 dias.

**DENGUE**

- ✓ Saiba que dengue tem cura espontânea;
- ✓ Evite tomar AAS, Diclofenaco
- ✓ Beba bastante água
- ✓ Evite esforços físicos
- ✓ Elimine os focos da sua casa
- ✓ Procure o Hospital se surgirem sinais como:
  1. Dor na barriga que não passa;
  2. Vômitos frequentes em poucas horas
  3. Desmaios e suor frio com tonturas
  4. Muita sede que não passa
  5. Sangramentos do nariz, boca, vômitos, urina e/ou fezes pretas.

HORIZONTE, 7/5/15

ASSINATURA

Dr. Elton Martins  
CREMEC 11986

DATA				
PA SENTADO				
PA DEITADO				
PROVA DO LAÇO				
TEMP. AXILAR				



Dr. Raimundo Nonato Torres de Melo

CRM 2867

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para o Sr. Adriano Filho, Francisco  
Bomodo de Silva, vítima de acidente de  
Transt (d. u.) no dia 07.01.2015 com  
trauma no M. D. D. E + T. E. E. Permeo  
trauma causado, 40% de incapacidade permant.  
+ T. E. sequelas neurológicas, 50% de  
incapacidade permant, Lent, Esqueletom  
elementos, Agitados, irritáveis. Atto  
deportivo e 26.02.2015

*[Handwritten signature of Dr. Raimundo N. Torres de Melo]*  
Dr. Raimundo N. Torres de Melo  
Médico  
CRM: 2867

Assinatura vítima: Francisco Bomodo de Silva

OBS: Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Centro Comercial Bezerra de Menezes  
Av. Bezerra de Menezes, 2071, Sala 409 - Parquelândia  
Fortaleza- Ceará

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/09/2017 às 14:11, sob o número 01667002820178060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0166700-28.2017.8.06.0001 e código 2F28000.

( / )

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

[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 3150332486 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** FRANCISCO BARROSO DA SILVA  
**COBERTURA** Invalidez  
**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MBM SEGURADORA S/A #772  
**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO BARROSO DA SILVA  
**CPF/CNPJ:** 36016950300

#### Posição em 04-08-2017 16:30:21

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
11/06/2015	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

#### ACESSIBILIDADE


</Pages/Acessibilidade.aspx>

</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

 A A A ●

#### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.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>)

#### 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>)