



Mônica Almeida

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: IRINGU JOSÉ ALVES brasileiro(a),
estado civil _____, profissão _____, inscrito(a) sob o CPF nº _____
e RG nº _____, residente
e domiciliado na Rua _____, nº _____,
Bairro _____, na cidade de Maracá, telefone _____
abaixo firmado, nomeia e constitui o seu bastante procurador judicial:

OUTORGADO: MÔNICA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 25.813, sócia da MÔNICA ALMEIDA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 24.878.656/0001-70, e no Registro de Sociedade de Advogados OAB/CE sob o nº 1219, com endereço profissional, para onde deverão ser encaminhadas às intimações e notificações, Rua Professor Francisco Gonçalves, nº 1300, Bairro Dionísio Torres, Fortaleza-Ceará, telefones: (85) 99811.1818.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante acima qualificado nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado também supra qualificado, ao qual concede procuração para o foro em geral, com os poderes das cláusulas "ad judicium e et extra judicium", para sua representação e defesa, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, nos termos do artigo 5º, parágrafo 2º da Lei n.º 8.906/94, podendo portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado(a) acima descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, renunciar o direito em que se funda a ação, firmar compromissos e acordos, ratificar em Juízo, receber, dar quitação, receber alvará judicial, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica requerer falência ou concordata, podendo, ainda, o outorgado, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Fortaleza (CE), 29 de Setembro de 201 7.

IRINGU JOSÉ ALVES

OUTORGANTE

Fortaleza-CE

85 99811.1818 | monicaalmeida.adv@gmail.com



Nº de Inscrição:

006358250

DADOS DO CLIENTE

Nome: VALNEIDE DA SILVA ROCHA
End. Entrega: RU POE JOSE DO VALE, 681, A. PAJUCARA
Cidade: MARACANAÍ
CEP: 61932-560
Local: 146 Setor: 081 Quadra: 0311 Lote: 0083 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subparcial: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (l)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	R10F0971	643	651	8	8

DATAS

Leitura Atual: 23/08/2017 Emissão: 23/08/2017 Últ. Atual: 23/07/21
Leitura Anterior: 21/07/2017 Próxima Leitura: 23/09/2017 Últ. Emissão:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 07/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	105	105	030	105	105
Realizadas	121	120	121	121	121
Em conformidade	121	118	117	115	121

MESSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m³ | META: 10 m³.
Constatamos debito de R\$ 20,11. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	22,10	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ESGOTO	17,88	AGO/16	4	0
MULTA DE 2%	1,49	SET/16	7	0
JUROS DE 0,0331 AO DIA	0,48	OUT/16	8	0
		NOV/16	7	0
		DEZ/16	6	0
		JAN/17	7	0
		FEV/17	9	7
		MAR/17	7	0
		ABR/17	0	6
		MAI/17	1	6
		JUN/17	3	6
		JUL/17	8	6

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSIDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,40	VALOR DO SERVIÇO	70,27
COFINS	1,99	VALOR DO SUBSIDIO	28,62
		VALOR TOTAL A PAGAR	41,75

MES/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
08/2017	13/09/2017	41,75

ORDE PAGAR SUA NOTA: I: 358615075678123 L: 3786 H: 09:10:18 R: 025 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, Sic, Banco do Brasil, Caixa
Fonética Federal, Santander, Triângulo, Outros: PagFácil.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de
sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na central de atendimento: 3301.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 2919, demais cidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado: 0800 275 0195.







FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

Identificação do Paciente

Paciente : IRINEU JOSE ALVES

Doc. Identificação: 2891565 SSP CE

Data Nascimento: 27/02/1984

Origem: Procedimento Cirúrgico Traumatológico

Período de Atendimento: Março 2016

Convênio: SUS

Médico Assistente: DR FRANCISCO RODRIGUES CRM: 6308

Conforme solicitação por escrito do paciente, procedemos ao seguinte
RELATÓRIO MÉDICO:

RESUMO DE INTERNAÇÃO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Paciente vitima de trauma;

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO: Paciente apresentando quadro de dor, edema e deformidade tibia esquerda .

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fratura tibia esquerda , CID: S82.1

TRATAMENTO REALIZADO: Restabelecimento da continuidade óssea por meio de osteosíntese com placas +06 parafusos:

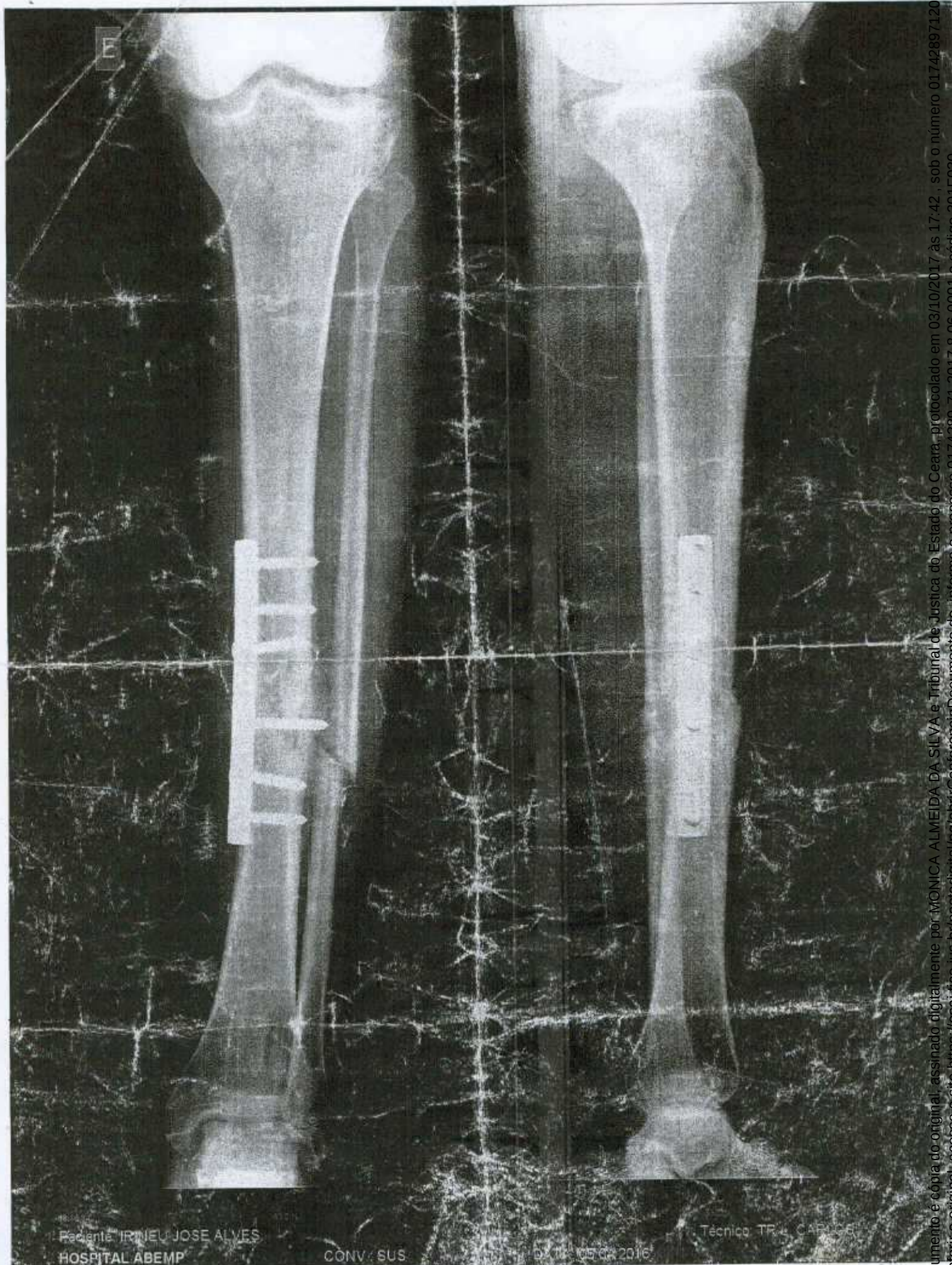
EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS: Radiografia tibia esquerda
direito **CONDIÇÕES DE ALTA:** Melhorado;

OBSERVAÇÕES: Paciente orientado a retornar com 15 (quinze) dias para revisão operatória no Ambulatório.

Maracanaú-Ce 16 de Setembro de 2017.



Traumatologista
Francisco Rodrigues
CRM: 6308



Paciente: IRINEU JOSE ALVES
HOSPITAL ABEMP

CONV: SUS

DATA: 05/03/2016

Técnico: TR. CARLOS

E

02.01.10

Paciente: IRINEU JOSE ALVES
HOSPITAL ABEMP

CONV.: SUS

DATA: 16/02/2016

Técnico



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **IRINEU JOSE ALVES**, portador do RG Nº 2891565 e inscrito no CPF sob o Nº 006.225.813-33, no dia 15/11/2015 às 12h20min, no município de MARACANAÚ – CE, na rua 133, no bairro Conjunto Timbó. Paciente vítima de queda de moto, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital Municipal de Maracanaú**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva *Ana Cristine Medeiros Silva*, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 11 de março 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 206
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-



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** prestou atendimento ao Sr. **IRINEU JOSE ALVES**, portador do RG 2891565 inscrito no CPF 006.225.813-33, no dia 15/11/2015, às 12h20, no município de Maracanaú/CE, na rua 133, no bairro Timbó, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o **Hospital Municipal de Maracanaú**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 18 de Agosto de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce Fone: (85) 3433 7434 Fax: (85) 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Pág. 1 de 1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 001.780.000-1

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 21º DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 001.780.000-1

Data do Ocorrência

Natureza do Caso: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data da Comunicação: 25/10/2017 às 17:42

Local da Comunicação: 15717815-00

Endereço da Ocorrência: AV. 13 de Maio, 15717815-00

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nome do Autor: JOSÉ TRINTE FILHO

Data da Comunicação

Nome do Autor: JOSÉ TRINTE FILHO

Identificação: 21.021984

RG: 2891585 - Cópia Encaminhada: SSP - LTV - 21.021984

Nome do Autor: JOSÉ TRINTE FILHO

Endereço: RUA VICENTE FERREIRA

Endereço: R 135-150

Endereço: RUA VICENTE FERREIRA

Endereço: RUA VICENTE FERREIRA

Endereço: RUA VICENTE FERREIRA

Assinatura

ATTESTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE Ocorrência: O Sr. JOSÉ TRINTE FILHO, titular do documento de identificação CNH nº 21.021984, declara que o acidente de trânsito ocorreu no dia 25/10/2017 às 17:42, no local RUA VICENTE FERREIRA, R 135-150, no município de Fortaleza, Estado do Ceará. O veículo envolvido no acidente foi uma moto Honda CB 150, cor preta, placa 21A-00000. O acidente ocorreu quando o veículo estava em movimento e colidiu com um pedestre. O pedestre foi levado para o Hospital de Urgência de Fortaleza, onde está sendo tratado. O veículo não sofreu danos materiais. O Sr. JOSÉ TRINTE FILHO declara que não possui nenhuma outra infração de trânsito em aberto. O Sr. JOSÉ TRINTE FILHO declara que não possui nenhuma outra infração de trânsito em aberto.

OSSE: FALSA COMUNICAÇÃO - É OPORTUNIDADE DE OPORTUNIDADE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21º DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO

ASSINATURA DO AUTOR: JOSÉ TRINTE FILHO

RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO

VISTO DO DELEGADO(A)



Assinatura do Autor: JOSÉ TRINTE FILHO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012218785023

CLAV Nº 01 1062824250 0000000000 2015

VALNTE DE DA SILVA ROCHA

MARACANAU/CE

60013538314

FN 3327

15/04/2015

30/06/2015

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APPLIC

GASOL/ALCO

HONDA/CG150 START

2015 2015

2E/600/1950C

14/04/2015

30/06/2015

1. P

2. 1

3. 1

2. V

3. 1

4. 1

3. A

4. 1

5. 1

4. 1

5. 1

6. 1

5. 1

6. 1

7. 1

6. 1

7. 1

8. 1

7. 1

8. 1

9. 1

8. 1

9. 1

10. 1

9. 1

10. 1

11. 1

10. 1

11. 1

12. 1

11. 1

12. 1

13. 1

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIAGEM PRESTRE OU POR SUA CARGA APRESSO
TRANSPORTAÇÃO DO NÃO SEGURO DPVAT

CE Nº 012218785023 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodoctransito.com.br

CLAV DPVAT 022 1294

2. 1

60013538314

FN 3327

1062824250

HONDA/CG150 START

2E/600/1950C

14/04/2015

PRÊMIO TARIFÁRIO

125.00

14.34

143.38

4. 15

1. 11

252.01

5. 1

1. 11

252.01

6. 1

1. 11

252.01

7. 1

1. 11

252.01

8. 1

1. 11

252.01

9. 1

1. 11

252.01

10. 1

1. 11

252.01

1012-2015



RUA JOÃO CONRADO, 363 - CNPJ: 06.578.611/0001-06
FONES: (85) 3215.3133 / 3215.3134
MARACANAU - CEARÁ

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Signatário Trivon José
portador da Carteira Profissional nº 120
Série 1 necessita de 1 dia

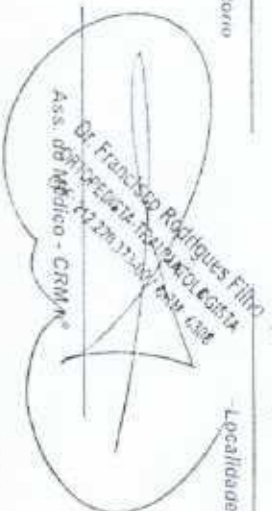
Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

fratura do braço

Hospital e Ambulatório

Localidade e data

16/02/16



NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho



RUA JOÃO CONRADO, 363 - CNPJ: 06.578.611/0001-06
FONES: (85) 3215.3133 / 3215.3134
MARACANAU - CEARÁ

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Signatário Trivon José
portador da Carteira Profissional nº 120
Série 1 necessita de 1 dia

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

fratura do braço e clavícula
instabilidade funcional

Hospital e Ambulatório

Localidade e data

07.05.16



NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

08

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: IRINEU JOSE ALVES

Idade: 31 anos 8 meses 17 dias

Nome da Mãe: LUZIA VICENTINA FERREIRA

Endereço: RUA 133, 350 TIMBÓ - MARACANAÚ

CPF: 2002025013081

Órgão Exp:

Expedição:

Local de Nascimento/Casamento: - Livro: Folha: Nº: Data:

Local:

Telefone:

CNS:

Registro: 231105

Fat:

CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Data de atendimento: 15/nov/15

Hora: 14:53:38

Nome do Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO

CRM: 6308

Especialidade: TRAUMATO-ORTOPE Unidade: RECEPÇÃO CENTRAL

Sistema: SUS

Categoria: SUS

Matrícula:

Atendente: CLAUDENIR

Local de Chegada: Procedência: Situação:

RESUMO DE TRATAMENTO

TIPO DO ATENDIMENTO:

Primeira consulta de urgência após trauma de punho direito

CRICAO SUMARIA DO EXAME CLINICO:

Do punho direito com dor e limitação de movimento

MES SOLICITADOS:

1 U de Rins E

DIAGNÓSTICO:

Fratura de punho direito
lesão ligamentar

TRATAMENTO:

INDICAÇÃO DO ATENDIMENTO () SIM () NÃO

PREVENÇÃO () SIM () NÃO

RECORRÊNCIA ()

MARACANAÚ

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

HMDJEH-HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOAO ELISIO DI HOLANDA
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA
RUA JOAO DE ALENCAR, S/N, CENTRO, MARACANAU - CE
CEP 61900-150 FONE: (85) 31215510



50054755 15/11/2015 12:44:48 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO

Nome: IRINEU JOSE ALVES Data Nascimento: 27/02/1984 Sexo: M Estado Civil: Solteiro(a) Raça/Cor: Parda Naturalidade: CEDRO - CE

Orgão Emissor: Data Emissão: 27/02/1984

CPF: 85987255650

Endereço: Rua: 103 - 150 - TUBAS - MARACANAU - CE

Sistema Único de Saúde: PRONTO ATENDIMENTO

Caráter do Atendimento: Urgência

Profissional do Atendimento: S/S: Preenchido

Procedimento: Sólido

Assinatura do Médico: [Assinatura]

Exames Complementares: SADT

Classificação de Risco: [Assinatura] NA [Assinatura] (E)

Cod. [Assinatura] [Assinatura] (E) [Assinatura] [Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Médico: [Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Médico: [Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Médico: [Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Médico: [Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Médico: [Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Médico: [Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Médico: [Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Médico: [Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Médico: [Assinatura]

Assinatura do Paciente ou Responsável: [Assinatura]

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: IRINEU JOSE ALVES

Registro: 231105

() PRIORIDADE

Idade: 32 anos 1 mês 7 dias CNS: 162221869130000

Nome da Mãe: LUZIA VICENCIA FERREIRA

Pai: JOSE IRINEU FILHO

Endereço: RUA 133, 350 TIMBÓ - MARACANAÚ

RG: 2002025013081

Órgão Exp:

Expedição:

CPF:

Certidão Nascimento/Casamento: - Livro: Folha: Nº: Data:

Celular:

Telefone: 85985543874

CNS: 162221869130000

DADOS DO ATENDIMENTO

Data do atendimento: 05/abr/16

Hora: 05:03:23

Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO

CRM: 6308

Especialidade: TRAUMATO-ORTOPE Unidade: RECEPÇÃO CENTRAL

Atendente: CLAUDEMIR

Convênio: SUS

Categoria: SUS

Matricula: 162221869130000

Forma de Chegada: Procedência: Situação:

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO:

CID:

PROCEDIMENTO:

REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO () SIM () NÃO

URGÊNCIA () SIM () NÃO

Nº DE VEZES ()

MARACANAÚ,

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL



fls. 27

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121 - 385 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/04/2016 10:41:25**
Data / Hora da Ocorrência: **15/11/2015 12:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV 133 PROX AO NUMERAL 280**

CONJUNTO TIMBÓ MARACANAU /CE
Ponto de Referência: **OFICINA DE BICICLETA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **IRINEU JOSE ALVES**
Nascimento: **27/02/1984**
RG: **2891565** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **00622581333**
Filiação: **JOSE IRINEU FILHO**
LUZIA VICENCIA FERREIRA
Endereço: **R 133 350**
CONJUNTO TIMBÓ
MARACANAU CE BRASIL Telefone: **8554-3874**

Histórico

ESSE REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL COMPLEMENTA E RETIFICA O BO Nº 121/911/2015; Em relação a Vítima ter sido socorrida pelo SAMU 192-CEARÁ E NÃO POR POPULARES como descrito no BO, conforme Certidão Narrativa do SAMU apresentada pela vítima; QUE o declarante REINTERA as informações aqui prestadas; QUE NADA MAIS DISSER.//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL

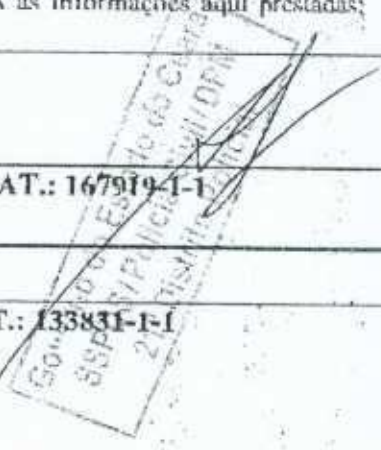
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ÁLVARO MANOEL DA SILVA JUNIOR - MAT.: 167919-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Assinatura]*

VISTO DO DELEGADO(A): *[Assinatura]*

GEORGE MARQUES MALAQUIAS - MAT.: 133831-1-1





07/36/04

73 0 14

Paciente: IRINEU JOSE ALVES
HOSPITAL ABEMP

CONV

07/36/04

07/36/04

Técnico

DATA: 16/12/2015

E

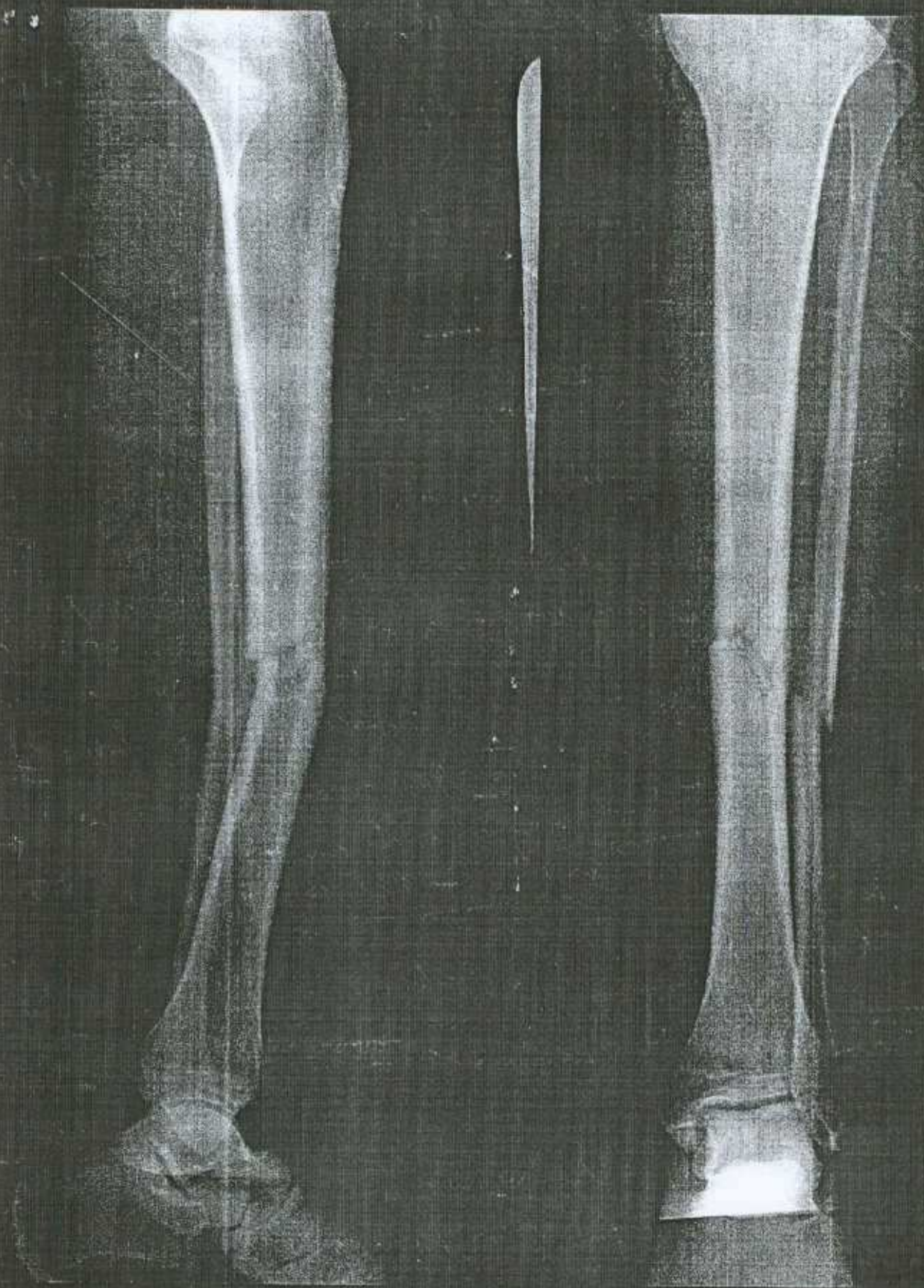


Paciente: IRINEU JOSE ALVES
HOSPITAL ABEMP

CONV. SUS

DATA: 05/04/2016

Técnico: TR L. CARLOS



Paciente: IRINEU JOSE ALVES
HOSPITAL ABEMP

CONV. SUS

DATA: 12/01/2016

Técnico: YR L. CARLOS
09:51:01

58.3%

ident
resid e domiciliado na
Cidade MARSCAND
estou impossibilitado de
indenização do Seguro C

☒ Não há
() O es*
prova d

invalid
pers.

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE MATEMÁTICA		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
CE Nº 012218785023		2015	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodobrasil.com.br SAC DPVAT 0800 022 1251			
01 5001550694 CNPJ 1062882150 RUA / C/ALUGA UNID. Q. 20011-9000 SÃO PAULO - SP		2 EXERCÍCIO 2 DATA EMISSÃO 11 11/05/2015	
PRÊMIO TARIFÁRIO HUR (R\$) 125,84 DENATRAM (R\$) 16,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 149,38 CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,19 (R\$) 111 (R\$) 252,01			
☒ COTA LÍQUIDA PAGAMENTO PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO 21/05/2015	
PROPRIETÁRIO LOTE / DISTRIBUIDORA LIDER DPVAT MOTOR: 1000 CC 105 CV 105 KM/H 105			
www.registrodovale.com.br			





RUA JOÃO CONRADO, 363 - CNPJ: 06.578.611/0001 - 06
FONES: (85) 3215.3133 / 3215.3134
MARACANAÚ - CEARÁ

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Alfonso portador da Carteira Profissional nº 170 série 170 necessita de 170

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Fratura do punho

Hospital e Ambulatório 16.02.16 Localidade e data

Dr. Francisco Rodrigues Filho
Ass. do Médico - CRM nº 22.228.374-0/CE

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 da RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.507 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho



RUA JOÃO CONRADO, 363 - CNPJ: 06.578.611/0001 - 06
FONES: (85) 3215.3133 / 3215.3134
MARACANAÚ - CEARÁ

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Francisco José portador da Carteira Profissional nº 170 série 170 necessita de 170

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Propprietário de empresa de Maracanaú - CE

Hospital e Ambulatório

Localidade e data 07.05.16

Dr. Francisco Rodrigues Filho
Ass. do Médico - CRM nº 22.228.374-0/CE

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

NAMÍNESE DO PACIENTE

ADOS DO PACIENTE

Paciente: IRINEU JOSE ALVES
 idade: 34 anos 8 meses 17 dias CNS:
 Nome da Mãe: LUZIA VICENTINA FERREIRA
 Endereço: RUA 133, 350 TIMBÓ - MARACANAÚ
 Nº: 2002025013081 Órgão Exp: Expedição: CPF:
 Data de Nascimento/Casamento: - Livro: Folha: Nº: Data:
 Telefone: CNS: 86.580540/

Registro: 231105

Pai:

CPF:

ADOS DO ATENDIMENTO

Data do atendimento: 15/nov/15 Hora: 14:53:38
 Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO CRM: 6308
 Especialidade: TRAUMATO-ORTOPE Unidade: RECEPÇÃO CENTRAL
 Convênio: SUS Categoria: SUS Matricula:
 Data de Chegada: Procedência: Situação: Atendente: CLAUDEMIR

RESUMO DE TRATAMENTO

TÍPO DO ATENDIMENTO:

Tratamento no Pronto Socorro após
 queda de motocicleta

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO:

Do, trauma e lesão, fratura

EXAMES SOLICITADOS:

RX do membro

DIAGNÓSTICO:

Fratura de perna e
 lesão

PROCEDIMENTO:

INDICAÇÃO DO ATENDIMENTO () SIM () NÃO

INDICAÇÃO () SIM () NÃO

DE VEZES ()

ACANAÚ,

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

Atesta para os devidos fins,
que, Friben Jesu-Alves, foi
vítima de acidente de trânsito,
Acito, sofrendo fratura das
ossas da perna dg. Foi
submetido a outras exames
e照片 e perfuras. Pre-
sente alto defeituoso e/
dos p/mordido, lesões
residuais e incapacidade fun-
cional p/ flexo-extensor
do tornozelo dg. Vertente,
e/ Alpinista permanente.

16.06.16

Rua João Cordeiro, 363 - Pajuçara - Maracanaú, Ceará - 60000-000
TELE FATO em todo Maracanaú 0800 55 5133 / 3215 3134
CNPJ: 06.578.611/0001-05 CNSS: 23002.005555-55-51

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: IRINEU JOSE ALVES

Registro: 231105

() PRIORIDADE

Idade: 32 anos 1 mês 7 dias CNS: 162221869130000

Nome da Mãe: LUZIA VICENCIA FERREIRA

Pai: JOSE IRINEU FILHO

Endereço: RUA 133, 350 TIMBÓ - MARACANAÚ

RG: 2002025013081 Órgão Exp: Expedição: CPF:

Certidão Nascimento/Casamento: - Livro: Folha: Nº: Data:

Celular: Telefone: 85985543874 CNS: 162221869130000

DADOS DO ATENDIMENTO

Data do atendimento: 05/abr/16

Hora: 05:03:23

Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO

CRM: 6308

Especialidade: TRAUMATO-ORTOPE Unidade: RECEPÇÃO CENTRAL

Atendente: CLAUDEMIR

Convênio: SUS

Categoria: SUS

Matrícula: 162221869130000

Forma de Chegada: Procedência: Situação:

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO:

CID:

PROCEDIMENTO:

REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO () SIM () NÃO

URGÊNCIA () SIM () NÃO

Nº DE VEZES ()

MARACANAÚ

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL



fls. 40

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121 - 385 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/04/2016 - 10:41:25**
Data / Hora da Ocorrência: **15/11/2015 12:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV 133 PROX AO NUMERAL 280**

CONJUNTO TIMBÓ MARACANAU / CE

Ponto de Referência: **OFICINA DE BICICLETA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **IRINEU JOSE ALVES**
Nascimento: **27/02/1984**
RG: **2891565** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **00622581333**
Filiação: **JOSE IRINEU FILHO**
LUZIA VICENCIA FERREIRA
Endereço: **R 133 350**
CONJUNTO TIMBÓ
MARACANAU CE BRASIL Telefone: **8554-3874**

Histórica

ESSE REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL COMPLEMENTA E RETIFICA O BO Nº121/911/2015; Em relação a Vítima ter sido socorrida pelo SAMU 192-CEARÁ E NÃO POR POPULARES como descrito no BO, conforme Certidão Narrativa do SAMU apresentada pela vítima; QUE o delatante REINTERA as informações aqui prestadas; QUE NADA MAIS DISSER.////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL

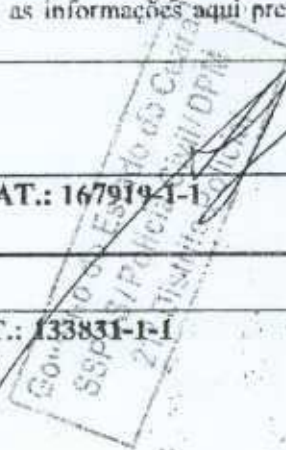
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ÁLVARO MANOEL DA SILVA JUNIOR - MAT.: 167919-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *George Marques Malaquias*

VISTO DO DELEGADO(A):

GEORGE MARQUES MALAQUIAS - MAT.: 133831-1-1





07/08/04

73.8.5

07/08/04

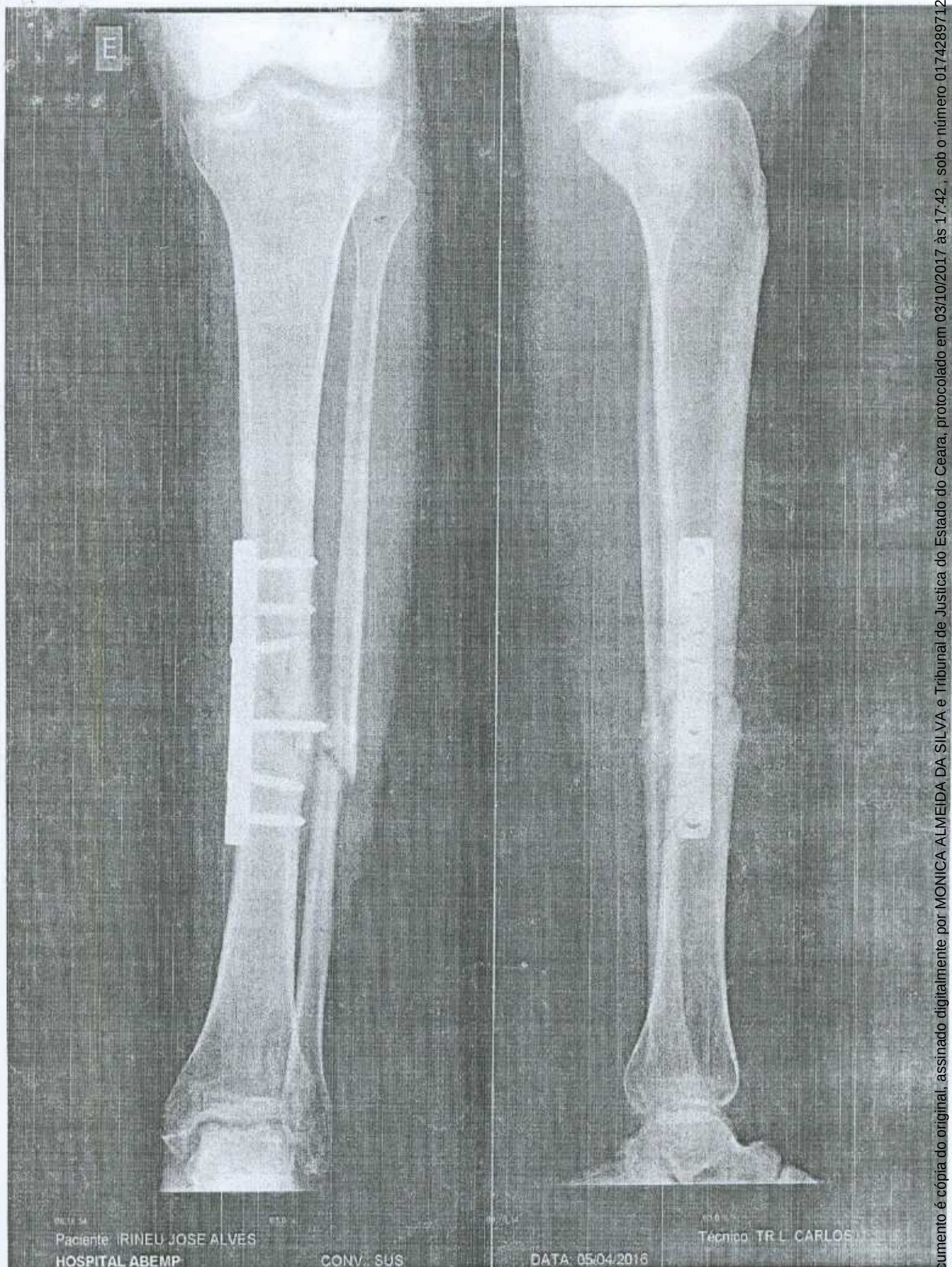
88.1.5

Paciente: IRINEU JOSE ALVES
HOSPITAL ABEMP

CONV.

DATA: 16/12/2015

Técnico:



0018 54

Paciente IRINEU JOSE ALVES
HOSPITAL ABEMP

CONV. SUS

DATA: 05/04/2016

0018 54

Técnico TRL CARLOS



Paciente: IRINEU JOSE ALVES
HOSPITAL ABEMP

CONV. SUS

DATA: 12/01/2016

Técnico: TR L. CARLOS
08:51:01 58.3%

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: IRINEU JOSE ALVES Registro: 231105 () PRIORIDADE
 Idade: 32 anos 1 mês 7 dias CNS: 162221869130000
 Nome da Mãe: LUZIA VICENCIA FERREIRA Pai: JOSE IRINEU FILHO
 Endereço: RUA 133, 350 TIMBÓ - MARACANAU
 RG: 2002025013081 Órgão Exp: Expedição: CPF:
 Certidão Nascimento/Casamento: - Livro: Folha: Nº: Data:
 Celular: Telefone: 85985543874 CNS: 162221869130000

DADOS DO ATENDIMENTO

Data do atendimento: 05/abr/16 Hora: 05:03:23
 Médico: FRANCISCO RODRIGUES FILHO CRM: 6308
 Especialidade: TRAUMATO-ORTOPE Unidade: RECEPÇÃO CENTRAL Atendente: CLAUDEMIR
 Convênio: SUS Categoria: SUS Matricula: 162221869130000
 Forma de Chegada: Procedência: Situação:

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

Fratura de perna

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO:

Doi, abru

EXAMES SOLICITADOS:

Nada para t

DIAGNÓSTICO:

Fratura de Tibia CID:

PROCEDIMENTO:

REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO () SIM () NÃO

URGÊNCIA () SIM () NÃO

Nº DE VEZES ()

MARACANAU

Dr. Francisco Rodrigues Filho
 ORTOPEDISTA-TRAUMATOLOGISTA
 CRP 1173-201/CEM 1302

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU PACIENTE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 4. DISTRITO POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121 - 385 / 2016****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **05/04/2016 10:41:25**
 Data / Hora da Ocorrência: **15/11/2015 12:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA 133 PROX AO NUMERAL 280**
 Complemento:
 Bairro: **CONJUNTO TIMBÓ** Município: **MARACANAÚ/CE**
 Ponto de Referência: **OFICINA DE BICICLETA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **IRINEU JOSE ALVES**
 Nascimento: **27/02/1984** CPF: **006.225.813-33**
 RG: **2891565** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **LUZIA VICENCIA FERREIRA**
JOSE IRINEU FILHO
 Endereço: **RUA 133, 350**
 Bairro: **CONJUNTO TIMBÓ**
 Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **8554-3874**

Histórico

ESSE REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL COMPLEMENTA E RETIFICA O BO Nº121/911/2015; Em relação a Vítima ter sido socorrida pelo SAMU 192-CEARÁ E NÃO POR POPULARES como descrito no BO, conforme Certidão Narrativa do SAMU apresentada pela vítima; QUE o delclarante REINTERA as informações aqui prestadas; QUE NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ÁLVARO MANOEL DA SILVA JUNIOR - MAT.: 167919-1-1****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****GEORGE MARQUES MALAQUIAS - MAT.: 133831-1-1**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA - DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL



BOLÉTIM DE OCORRÊNCIA Nº 11.2017

Nome: JOSÉ IBIRYU FERREIRA
RG: 281555
Data de Nascimento: 12/05/1978

Endereço: Rua da Paz, nº 100, Fátima, Fortaleza/CE

Nome: JOSÉ IBIRYU FERREIRA
RG: 281555
Data de Nascimento: 12/05/1978
Endereço: Rua da Paz, nº 100, Fátima, Fortaleza/CE

CPF: 113.350.113

Assinatura: JOSÉ IBIRYU FERREIRA

Assinatura: JOSÉ IBIRYU FERREIRA

Assinatura: JOSÉ IBIRYU FERREIRA

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA Nº 11.2017
O Sr. JOSÉ IBIRYU FERREIRA, brasileiro, nascido em 12/05/1978, residente e domiciliado em Rua da Paz, nº 100, Fátima, Fortaleza/CE, CPF nº 113.350.113, vem declarar que em 12/05/2017, às 17h42, sofreu um acidente de trânsito com uma moto Honda CB 300, modelo 2015, cor preta, placa HXK-0000, pertencente ao Sr. JOSÉ IBIRYU FERREIRA, no cruzamento da Rua da Paz com a Rua da Liberdade, no bairro Fátima, em Fortaleza/CE. O acidente ocorreu devido a uma falha no freio da moto, ocasionando a colisão com o muro de uma residência. Não houve ferimentos pessoais nem danos materiais a terceiros. A moto sofreu danos estruturais e não foi utilizada posteriormente. O Sr. JOSÉ IBIRYU FERREIRA declara que não possui qualquer interesse em contestar o presente boletim de ocorrência e que a mesma é verdadeira e fielmente fiel ao que ocorreu.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: JOSÉ IBIRYU FERREIRA

Governo do Estado do Ceará
SSP/DSM - Polícia Civil
212 Distrito Policial

RESPONSÁVEL PELA LAJORNAL: JOSÉ IBIRYU FERREIRA
ASSINATURA DO DELEGADO: JOSÉ IBIRYU FERREIRA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121 - 911/2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO
Data Hora da Comunicação: 20/11/2015 09:35:17
Data Hora do Ocorrência: 15/11/2015 12:00:00
Endereço da Ocorrência: AV. 133 PROX. AO NÚMERO 41-200

CONJUNTO TIMBÓ MARACANAU - CE
Nome da Referência: OFICINA DE BICICLETA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: IRINEU JOSE ALVES
Nascimento: 27/03/1984
RG: 2891365 Órgão Emissor: SSP - UF: CE CPF: 00612531333
Filiação: JOSE IRINEU FILHO
LUIZIA VILENICA FERREIRA
Endereço: R 133-350
CONJUNTO TIMBÓ
MARACANAU - CE - BRASIL
Telefone: 8664-4074

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS, QUE POSSUI HABILITAÇÃO CNH N° 00041815-04 DETRAN CEARÁ, QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA 150 START CHASSI Nº 4-TR00000001404, ANO 2002/2003 COM PNEUS PNEU PNEU E LUBRIFICADA EM NOME DE VANDERLEI DA SILVA ROCHA, QUE TRÁFUGAVA PELA RUA 133 DO CONJUNTO TIMBÓ QUANDO AO PARAR A MOTO E COLOCAR O PÉ NO CHÃO PISOU EM BALSO EM UMA BARRA DE FERRO E CAIU JUNTAMENTE COM A MOTO MOMENTO EM QUE A REFERIDA MOTO CAIU EM UMA DA PERNA DO DECLARANTE, QUE A VÍTIMA FOI AO SOQUE FICOU LESIONADA; A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADO PARA O HOSPITAL DE MARACANAU E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL ABEM EM PAUCARABACONFORME PRONTUÁRIO DO HOSPITAL APRESENTADO E NADA MAIS DISSE.

OBS: FALTA COMUNICAÇÃO À CRIMINALIDADE NO ART. 31 DO CPD.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 5 (CINCO) DIAS

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ALVARO MANOEL DA SILVA JUNIOR - MTT: 16/018-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

GEORGE MARQUES MACHADO - MTT: 131531-1-1

Governo do Estado do Ceará
SSPDS/Polícia Civil/21º Dist. Pol.
21º Distrito Pol.