



JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: *Francisco Dorian Andrade dos Santos*.
Brasileiro, Solteiro, mecânico de moto, com RG. 2008425298.1, e CPF:
079.106.373-90, Residente e domiciliado na Rua 105 casa 176 no
Conjunto novo 'Munclube' CEP. 60.764.280. Bairro novo Munclube;
Fortaleza - Ceará

OUTORGADO: JOÃO GUIMARÃES DA SILVA, brasileiro, advogado,
casado, inscrito na OAB/CE sob nº 32963, e-mail:
guimarães_silva1@hotmail.com, e MÁRCIO FERREIRA DE CARVALHO,
estagiário, portador de RG 2015098910-0, e CPF 46096868304, com
endereço laboral a Júlio Braga 1153A - João XXIII, Fortaleza/CE.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante
procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicium et*
extra, para o foro em geral, especialmente para AÇÃO DE DPVAT, podendo,
portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer
instância, 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 acima
descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do
pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação,
receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar
declaração de hipossuficiência econômica. Em conformidade com a norma do art.
105 do CPC.

Fortaleza (CE), *14* de *Fevereiro*

de 2019

X Francisco Dorian Andrade dos Santos

DECLARAÇÃO DE POBREZANOME: *Franaxo Dorian Andrade dos Santos*CPF: *079.106.373.90*ESTADO CIVIL: *Solteiro*PROFISSÃO: *Mecânico de moto*

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, por força do artigo 5º, inciso LXXIV, da CRFB, e do artigo 4º da Lei 1060/50, com a redação dada pela lei nº 7510/86, indicando para o patrocínio de minha causa os advogados em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza/CE, 14 de Fevereiro de 20 19.

Franaxo Dorian Andrade dos Santos
(Assinatura)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1663568363

PRÓXIMO PLACAR
1663568363

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCISCO DARLAN ANDRADE DOS SANTOS

BOB. IDENTIDADE / CDS. FUNÇÃO IN
20064252981 SSP CE

CPF 079.106.373-90 DATA NASCIMENTO 30/07/1999

FRACÇÃO
FRANCISCO ERIVALDO
VIDAL DOS SANTOS
TICIANA ANDRADE DO
CARMO

PERMISSÃO PERMISSÃO ACE CENSO A

Nº REGISTRO 07151399002 VALIDEZ 23/10/2019 1ª EMISSÃO 23/10/2016

OBSERVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÃO.

Francisco Darlan Andrade dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 25/10/2018

João Guimarães da Silva
ASSINATURA DO EMITENTE

55156319541
CE166275940

CEARÁ

8020657

10.000 reais por mês
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 180
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 08.105.849-3

enel

fls. 14

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 550819618

Rota 15 01230 19 173416 - 0 Data de Emissão 22/11/2018

Nome TACIANA ANDRADE DO CARMO

End. Postal RU 0105 CONJ NOVO MONDUBIM 00176
NOVO MONDUBIM - FORTALEZA - 60764280

Medidor 7599318 Poste 0000 Y86S

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 019846283-21 CGF

Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
NOV/2018	22/11/2018	21/12/2018	Conjunto	Set-2018	DIG 25,54
			Mês	DIGRI = 0,00 F	
ICMS			Padrão individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual
133,38	27,00%	36,17	0,19	0,56	0,56
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	0,23	0,67
FICS: 6667,4195,8418,4108,7684,1556,2805			FIC	2,34	0,00
			DMIC		0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
36,33	34,33	1,00	182	0,00	78	0,44170	38,91	54,34	
					82	0,66256			
22/11/18	23/10/18	30 DIAS			182			92,97	

VALOR DO CONSUMO DO MÊS		VALOR (R\$)
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFA7 079		11,07
MULTA MORATORIA REF 08/2018		1,48
JUROS DO MÊS		0,83
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL		10,89
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA		2,42
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 3,89)		

10/12/2018

119,66

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	
Transmissão	2,63
Distribuição	12,44
Encargos Setoriais	5,21
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	44,85
TOTAL	106,46

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
167	182	191	171	152	167	171	184	173	136	171	167
MÊS: NOV OUT SET ABR MAI JUN JUL AGO SET OUT NOV DEZ											

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/KWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

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

CONTAS EM ATRASO

DEBITOS ANTERIORES

Previsão Aviso	Mês/Ano	Valor (R\$)
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA	10/2018	136,77
Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábil em atraso. Segue o detalhamento do Debito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos GRUPOS DE PROTESTO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.	Total	136,77

Consta desta fatura R\$ 7,98 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 1,05% e COFINS: 4,64%

(Art. 9, Inc. I, Lei 10.833/03 - ANEEL e Lei 10.833/03 e 10.833/03)

Bandeira amarela em nov-18 com custo de 1,00 real a cada 100KWh (quilowatt-hora).

Informações: www.aneel.gov.br

8020657

Nov/2018

Nº do Cliente: 22/11/2018 Referência: 119,66

Data de Emissão: 550819618 Total a Pagar (R\$): 0008020657 00023 39242 85

Nº do Documento: 0001-8 19660031000-8 00080206570-8 00233924267-8





JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Dorlan Andrade dos Santos,
portador(a) da Identidade nº 2008425298-1, e
inscrita no CPF sob o nº 079.106.373-90, declaro
para o devidos fins que resido no endereço,
Rua/AV Rua 105 casa 176 no Conjunto novo Mundubi
Complemento, _____, Bairro, novo Mundubi,
Cidade, Fortaleza ceare CEP, 60.764.280.
Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras.

FORTALEZA/CE, 14 de, Fevereiro, de 2019.

+ Francisco Dorlan Andrade dos Santos
Assinatura



JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente, o Sr. (a) Francisco Antonio Andrade dos Santos
DECLARA para os devidos fins de direito, ser
responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e
documentos apresentados e juntos ao processo judicial
de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer
seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando o
Dr. João Guimarães da Silva, OAB/CE 32.963, bem como
o estagiário Márcio Ferreira e Carvalho, portador do
CPF:460.968.683-04, de qualquer responsabilidade civil
ou criminal.

Fortaleza/CE, 14 de Fevereiro de 2019.

Declarante.

Francisco Antonio Andrade dos Santos



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018254241

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5071 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/11/2018 16:51:00**
Data / Hora da Ocorrência: **08/08/2018 21:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA GODOFREDO MACIEL**
Complemento:
Bairro: **MONDUBIM** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO BOA VENTURA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO DARLAN ANDRADE DOS SANTOS**
Nascimento: **30/07/1999** CPF: **079.106.373-90**
RG: **20084252981** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **TICIANA ANDRADE DO CARMO**
FRANCISCO ERIVALDO VIDAL DOS SANTOS
Endereço: **RUA 105, 176**
Bairro: **MONDUBIM**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98696-3257**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORU2114** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4120DR549282 Renavam: **552942596** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AZUL Proprietário: **TICIANA ANDRADE DO CARMO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA ORU-2114 NA FAIXA DA DIREITA DA AV. GODOFREDO MACIEL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE TRANSITAVA NA FAIXA DA ESQUERDA MUDOU PARA A FAIXA DA DIREITA SEM OS DEVIDOS CUIDADOS E SEM SINALIZAR COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//////////

OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.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:

VISTO DO DELEGADO(A) :



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018254241



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5071 / 2018

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO
Data / Hora de Comunicação: 26/11/2018 16:51:00
Data / Hora de Ocorrência: 26/11/2018 21:40:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA GODOFREDO MACIEL
Complemento:
Bairro: MONDUBIM
Município: FORTALEZA
Ponto de Referência: POSTO BOA VENTURA

Nome: FRANCISCO BARTAN ANDRADE DOS SANTOS
Nascimento: 26/07/1988 CPF: 079.108.73-90
RG: 3006425287
Filiação: TÍCIANA ANDRADE DO CARMO
Francisco ERIVALDO VIDAL DOS SANTOS
Endereço: RUA 305, 314
Bairro: MONDUBIM
Município: FORTALEZA
CEP: 60200-000
Telefone: (92) 9888-2227

1) PLACA: ORUZIA DE CE MUNICÍPIO: FORTALEZA CEARÁ
92) CAR: 3006425287 Renavam: 8294258 Tipo de Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA 125 FAN 25 Ano:
Fabricação: 2013 Ano Modelo: 2013 Combustível: GASOLINA Cor:
Azul Proprietário: TÍCIANA ANDRADE DO CARMO Situação: NÃO
INFORMADO Envolvidor: COLÍSSO

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA
DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA ORU 314 NA
FAIXA DA DIREITA DA AV. GODOFREDO MACIEL QUANDO UM CARRO DE
PLACAS NÃO ANOTADAS QUE TRANSITAVA NA FAIXA DA ESQUERDA MUDOU
PARA A FAIXA DA DIREITA SEM OS DEVIDOS CUIDADOS E SEM SINALIZAR
COLIDINDO COM A VÍTIMA, CAINDO A VÍTIMA NO ASFALTO, FICANDO
LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ
BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS
DISSERAM.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:
FRANCISCO DELAID CARVALHO ALMEIDA - MAT.: 404825-1-8
RESPONSÁVEL PELA INFORMACÃO:
VÍDEO DO DELGADO(A):

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014137B440B5
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT 01 Cód. RENAVAM 552942596 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
TICIANA ANDRADE DO CARMO

FORTALEZA /CE

CPI / CNPJ 01984628321 PLACA DRU2114/CE

PLACA ANT. / UR /CE 9C2JC4120DR549282

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP. POT. / CIL 2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AZUL

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
1ª	2ª	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 181.35 DATA DE PAGAMENTO 23/04/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 14/05/2018

Igor Pontes

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CIE Nº 014137B440B5 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01984628321 DRU2114/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

014137B440B5 65807326189

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 14/05/2018

VIA 01 CFI / CNPJ 01984628321 PLACA DRU2114

RENAVAM 552942596 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB. 2013 CAT. TARE PARTIC Nº CHASSI 9C2JC4120DR549282

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 31.29	DENATRAM (R\$) 9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33
-----------------	---------------------	-----------------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15	IOF (R\$) 0.70	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 185.50
-----------------------------	----------------	---

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 23/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: VC41E2D549282 02305

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ticiane Andrade do Carmo,

RG nº 20082416586-8, data de expedição 11/01/2013,

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 019.846.283-21, com

domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua dos Novo Mondubim, nº 176,

complemento Cond. Siquiera, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Francisco Dorian Andrade dos Santos cujo o condutor era

(o mesmo) Francisco Dorian Andrade dos Santos

Veículo: moto

Modelo: Honda 106 125 Fan ES

Ano: 2013 / 2013

Placa: 020 2114 / CE

Chassi: 900904120 DR 54 92 82

Data do Acidente: Fortaleza 08/08/2018

Local e Data: Fortaleza,

CAVALCANTI FILHO

Ticiane Andrade do Carmo.

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório Cavalcanti Filho Rua 7 de setembro, 160 • CEP: 60.220-080 • Parangaba • Fortaleza • Ceará
 Oficial: JORGE RIBEIRO CAVALCANTI Fone: (85) 3225-0541 • Fax: 3245-1908 • e-mail: ccavalcanti@redmond.com.br

Reconheço por autenticidade a firma abaixo:
TICIANA ANDRADE DO CARMO
 e Dou fé. Fortaleza, 3 de dezembro de 2018. 13:12:12. Cod.: (8410380240707) 1
 Regina Marcia da Guia Farias (Escrevente Autorizada)
 Emol.: R\$ 4,87 TAXAS: R\$ 2,05 Total: R\$ 6,92 Funç: Carla
 Válido somente com o selo de autenticidade



CAVALCANTI FILHO
 CAVALCANTI FILHO
 CAVALCANTI FILHO
 CAVALCANTI FILHO



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRIITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS				
NOME DO PACIENTE FRANCISCO DARLAN ANDRADE DOS SANTOS		Nº DO PRONTUÁRIO 257788	Nº DO BE 231119	
CADUS	NASCIMENTO 30/07/1999 (19 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO	
NOME MAE TICIANA ANDRADE DO CARMO		NOME RESPONSÁVEL NI		
ENDEREÇO RUA 105 176 NOVO MONDUBIM		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE
CONTATO		CEP 60.764-280		
OCORRÊNCIA				
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE				
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
QUEIXA TRAUMA EM REGIÃO CLAVICULAR E ESCORIAÇÕES		MOTIVO COLISÃO CARRO X MOTO		
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
SINAIS VITAIS				
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.			
CLASSIF VEI	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENITA MOREIRA DA ROCHA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 08/08/2018 22:48:40	
ÁREA ATENDIMENTO				
ÁREA INTOXICOLOGIA				
ATENDIMENTO MÉDICO				
ANAMNESE F - trauma de dor no abd e				
DIAGNÓSTICO				
SINT. SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO		COD. PROCEDIMENTO () RAIO-X 303040222		
		() OUTROS		
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
MÉDICAMENTO se de dor no abd e M	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
Febric				
curativo				
TIPO DE ALTA/SADA				
ALTA/SADA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO				
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL				
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		

Impresso por maria helenita moreira da rocha em 08/08/2018 às 22:48:44

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

Dr. Glaucio Roberto Barreto
Traumatologia
CRM-CE 6250 - TEOT 11067

FRANCISCO DARLAN ANDRADE DOS SANTOS

HOSPITAL DISTRIITAL Mª JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOAO GUIMARAES DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/05/2019 às 11:11, sob o número 01340748220198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0134074-82.2019.8.06.0001 e código 48E6EA6.

24248



SUS
Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Internação

PRONTO-SOLUÇÕES DE PORTALIZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROCEDEMENTOS DE INTERNAÇÃO

AV. Celso de Faria nº 111 - Fátima - CEP 44.720-000

Fortaleza - Ceará

Telefone: (85) 3133-7322

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE PORTALIZA - SECRETARIA - SEM - PMF

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Francisco Darlan Andrade dos Santos

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: IPIRANGA Nº 0

BARRIO

ZONA RURAL

MUNICÍPIO

SÃO LUIS CURV

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

30/07/1999

SEXO

1. ☒ MASC

3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO

4. ☐ CONJUGE

6. ☐ FILHO

8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

TICIANE ANDRADE DO CARMO

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

545.548.103-72

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

08/08/2018

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Dr. Glaucio Roberto Barreto
Traumatologia
CREMEC 8260 - TEOT 11057

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Politrauma com fraturas em membros superiores e inferiores com lesão de abdômen

INDICADORES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Membro de 1.º grau

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

curse + ex tmo + rx

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do crânio e

TIPO DE CLÍNICA

1. ☒ CIRÚRGICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tb curse

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

8250

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Glaucio Roberto Barreto
Traumatologia
CREMEC 8260 - TEOT 11057

DATA

08/08/18

HORA



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
RODINIA DE PARANGABA
AV. Odílio de Paula nº 1117 - Parangaba - CEP 60.720-100 Fortaleza - CE
Telefone: (85) 3131-7411 - Fax: 3131-7319

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Francisco Dairlan Andrade dos Santos

Enfermaria: 3 Leito: 111

Idade: 19

Prontuário Nº: 257788

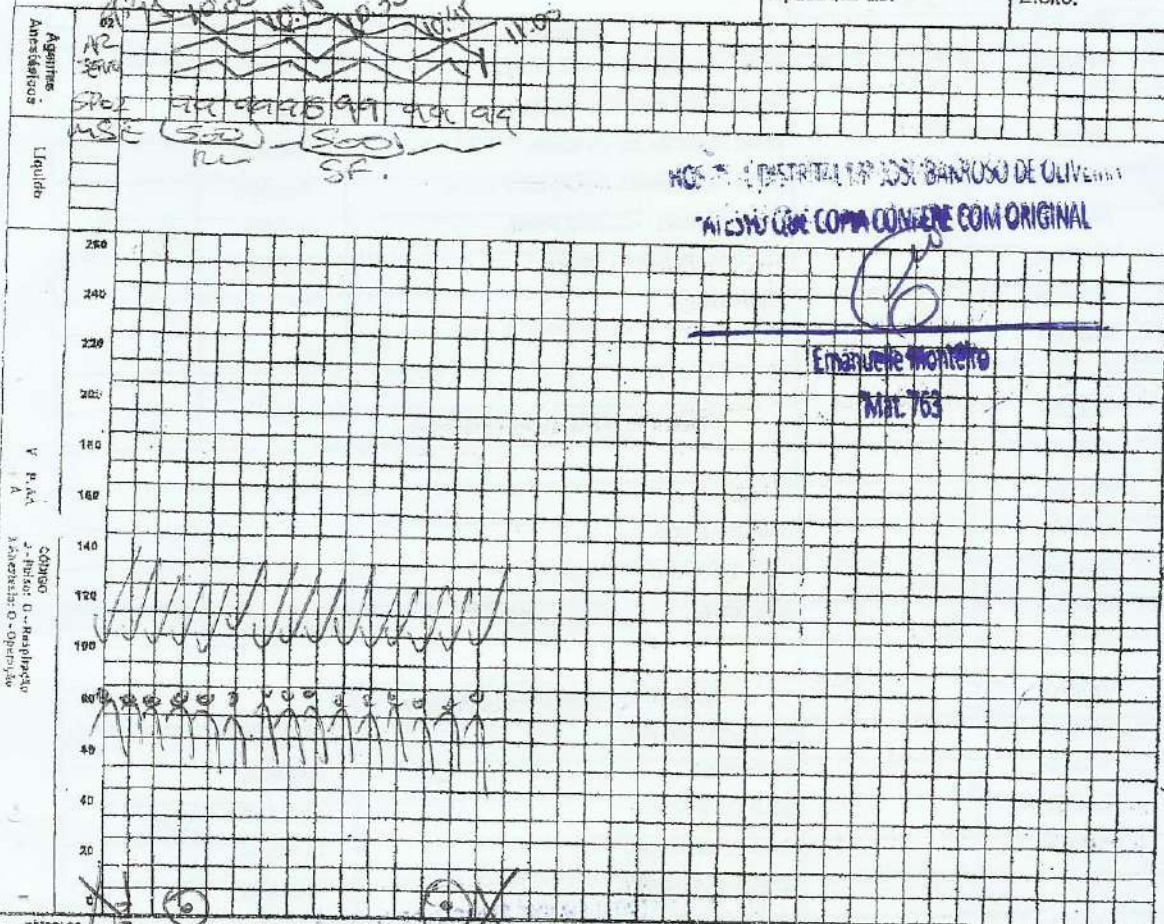
Data: <u>13/08/2018</u>	Pres. Arterial: <u>112x60</u>	Pulso: <u>80</u>	Respiração:	Temperatura:	Peso: <u>69</u>	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
	Úrina:					

Ap. Respiratório: <u>NDN</u>	Asma: <u>NEGA</u>	Bronquite: <u>NEGA</u>
Ap. Circulatório: <u>NDN</u>	Eletrocardiograma:	
Ap. Digestivo: <u>NDN</u>	Dentes: <u>proprios</u>	Pescoco: <u>Normal</u>
Estado Mental: <u>normal</u>	Ataráxicos:	Corticóides:
Diagnóstico Pré-operatório:	Alergia: <u>NEGA</u>	Hipotensores:
Estesias Anteriores: <u>NEGA</u>	Estado Físico: <u>Normal</u>	Risco:

Medicação Pré-anestésica:

Aplicadas às:

Efeito:



INDUÇÃO

Sedativo: NEGA Exat.: NEGA Tosses: NEGA
Laringe espasmódica: NEGA Lente: NEGA
Náuseas: NEGA Vômitos: NEGA
Outros: NEGA

MANUTENÇÃO

X: Monitorização
1: Monitor de Sinais Vitais
2: Ki 1432
3: Pi oxigenação
Fentanil: 100mcg
Propofol: 200mcg
S: Passagem de ar
Cana de intubação
S: 6 ketorolaco
10mg, 1 hora
Ketoprofeno: 100mg
X: Ki da canulação

Anestesia Balão: ☐ sim ☒ não

MMA, por qual?

DESPERTAR

Reflexos de S.O.: NEGA
Obstr.: NEGA CO2: NEGA Exat.: NEGA
Náuseas: NEGA Vômitos: NEGA
Outros: NEGA

Com cânula:

Para o leito: ☐ sim ☒ não

CONDIÇÕES:

Agentes: <u>Fentanil + Propofol + Ketorolaco + Sevoflurano</u>
Técnica: <u>geral Balanceada e Máscara laríngea</u>
Operação: <u>Tratamento cirúrgico de varicela + Exérese de lesão</u>
Cânulas:
Cirurgiões: <u>Dr. Nilsa + Dr. Mando</u>
Anestesiistas: <u>Helpe Sals</u>
Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DR. MARIA JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
FESTIVAL DE PARANÓIA
Al. Celso de Faria nº 1117 - Parangaba - CEP 04.720-900 - Fortaleza-Ce
Telefone (85) 3251-1231 - Fax: 3251-7919

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:
257788

Paciente: **FRANCISCO DAYLAN ANDILADE DOS SANTOS**

Data da Operação: **13/08/18** Enfermaria: **B** Leito: **111**

Operador: **Dr. NELSON SILVEIRA**

1º Auxiliar: **Dr. MARCELO SILVEIRA**

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: **Dr. GUDY**

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório: **FRATURA DE CLAVÍCULA (E)**

Tipo de Operação: **FRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA (E)**
EXERCITO OSSAO

Diagnóstico Pós-operatório: **MESMO**

Re mediata Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

- (1) Pouante em DPH no antebraço
- (2) antebraço + omoplata + campos estôres
- (3) acesso direto à clavícula (E)
- (4) Redução aberta da fratura + osteossintese com fio K.
- (5) Retração do enxerto ósseo de quome (E)
- (6) Colocação de enxerto ósseo no polo de fratura
- (7) lavagem com SFO, 9%
- (8) Sutura por pontos
- (9) Curativo
- (10) RN

Dr. Nelson Silveira Matias
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.957 TEOT 16417

Dr. Marcelo Silveira Matias
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
CREMEC 14.098 TEOT 16.465

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Name: _____

F ^{co}	Darlán Andrade dos Santos		
in	Enferm	Id	

Prontuário

Enferm. ,

Leito

Data-Interação

Diagnóstico

111

08/08/2018

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
08/08	Paciente internado p/ Hs. cirurgia no. 1011 colata no - op
08/08	Exame físico Paciente admitido em Hs. fratura de escápula. @ consciente, orientado, colaborador, expulso em ar ambiente. SUV estável. Nega comorbidades e drogas medicamentosas. dos cuidados do corpo.
09/08	# MANUA CHAVIUM M.ª NERMA GARCIA Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quadril CRMFC - 12.444 TEOT 14047 Emanuelle Monteiro Mat. 763 ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL Dr. Roberto Cirurgia
09/08/18	Paciente, 44 anos, admitido no posto de pronto atendimento de emergência, Hs. fratura escapular E. Nega DTXHAS. consciente, orientado, cooperativo. Segue aguardando cirurgia. Dr. Roberto Cirurgia

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: F^{to} Darlan Andrade dos Santos

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			08/08/2018	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
13/08/18	paciente internado, o perito amiguo de fatura de cirurgia (R) d-1 A SPPA Dr. Marcelo Silveira Mattos Ortopedia e Traumatologia CRM-EC 14.092-2007 15.455
13/08/18	+ D. A. S. O. 19 anos; #01: Fratura de clavícula E: Evoluí muito, curando, orientado, verbalizando, e se preta, normal, um muito. Segue em observação.
14/08/18	Atto Dr. ... Ortopedia e Traumatologia CRM-EC 14.092-2007 15.455
14/08/18	pte obtive alta Hospitalar Refe. 71589
	HOSPITAL DISTRITAL ME JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL Emanuelle Monteiro Mat. 763

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

	Gilcombes	Institute	Rubrica
11:			
16:			
20:			
08:			

		SIGNAIS VITAIS			
HQ:	NO:				
P.A.:					
TEMP.°:					
P / MIN.:					
M.V. / MIN.:					

NOME:	<u>CP</u> Darlan Andrade de Souto	IDADE:	19	ENF.:		LEITO:	111	Nº. PRONTUÁRIO:	
-------	--------------------------------------	--------	----	-------	--	--------	-----	-----------------	--

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	CRONOGRAMA DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICAS (Iniciais)
	<i>Dr. Jap</i>	<i>SND</i>	<i>Saem de alta hospitalar as 9:30</i>	<i>Pr</i>
<i>24/08/18</i>	<i>Ughr 1/2 m 6h</i>	<i>18 24 06 12</i>		
	<i>Requid o 1/2 m 10h</i> <i>89 cu 12h</i>	<i>22 10</i>		
	<i>Dr. Roberto</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i>	<i>Rotina</i>		
	<i>Dr. Roberto</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i>	<i>Pleneay</i>		

ATTESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTHINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva n° 1127 - Parangaba - CEP 68.720-000
Fortaleza-Ceará Telefones: (84) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARTECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.:

Atesto que o (a) Sr. (a)

Severino Dantas Fialho

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 1 / 1 / 19 às 11 hs.

Tendo como causa de socorro

Necessita de 30 dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID)

Observações:

Fortaleza-Ce,

de

de

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/87, e será expedido para justificativa de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTHINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva n° 1127 - Parangaba - CEP 68.720-000 Fortaleza-Ce
Telefones: (84) 3131-7321 - Fax: 3131-7319

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
Endereço: Av. General Osório de Paiva, 1127 Bairro: Parangaba
Fone: 85 - 3131.7321 / 3131.7322 Cidade: Fortaleza UF.: Ceará
CNPJ.: 07.835.044/0002-61

Paciente: Severino Dantas Fialho de Lira

Endereço: Rua 105 com 176

Bairro: 1000 Alameda Fone: 34/08 (24)

Prescrição: Clonazepam 500 - 160

12h
018h
24h
06h
14
8
218

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

Identificação:

Órgão emissor:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: / /

1ª Via da Farmácia - 2ª Via do Paciente



ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) Guilherme Duarte Avelar

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 1 / 1 / 1 às 1 : 1 hs.

Tendo como causa de socorro _____

Necessita de (30) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) _____

Observações: ver clínicamente

Fortaleza-Ce, 08 de 08 de 2018

[Assinatura]
CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/87, e será expedido para justificativa de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.



RECEITA

Guilherme Duarte

em ep

Ibuprofeno 600

12/24

por clínicamente

2. Verba livre

usar a 2ª dose 700h.

Dr Nelson

27/08

20h

08h

5 dias

retorno

27/08

0700h

DATA: 1 / 1 / 1

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
AV: OSÓRIO DE PAIVA N.º 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE
TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secret dg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br



RECEITA

P/F - Dorlan Anchieta

Fisioterapia ——— 20 sessões

- analgesia

- ganho de ADM do
ombro (E) + fortalecimento
muscular do ombroDr. Nelson Silveira Matias
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.957 - TEOT 16.417

DATA: 24/09/18

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA Nº 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secretdg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

RECEITA

Retorno dia

24/09/18

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.370/RQE: 8560/TEOT: 16.316

DATA: 03/09/18

CRM - Médico (a)

RECEITA

Travis Roberto Cavalcante
sol

Roberto

Re chovendo e

PP

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE: 14.370/000-0560/0001-16.316

DATA: ____/____/____

CRM - Médico (a)

Ambulatório

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) *Travis Roberto Cavalcante*
do Brasil

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia ____/____/____ às ____h.

Tendo como causa de socorro _____

Necessita de (____) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) _____

Observações: _____

Fortaleza-Ce, ____ de ____ de ____

[Assinatura]
Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE: 14.370/000-0560/0001-16.316
CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/87, e será expedido para justificativa de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
UAPS JOSE PARACAMPOS (2482096)

Receituário de Medicamentos

fls. 33



1ª VIA

Prontuário

Número: 2422714

Nome: FRANCISCO DARLAN ANDRADE DOS SANTOS - Masculino - 30/07/1998 (20 anos)

Cartão Nacional: 898004122197335

Nome da Mãe: TICIANA ANDRADE DO CARMO

Endereço: RUA 105 (LOT MOTA MACHADO), 176 - NOVO MONDUBIM - FORTALEZA-CE

Endereço Emitente: RUA ALFREDO MAMEDE, 250 NOVO MONDUBIM - FORTALEZA-CE Telefone: (85)34334927

Uso: VIA ORAL

CEFALEXINA 500MG

Tomar 01 comprimido de 6 em 6 horas por _07_ dias. (4 vezes ao dia)

SUGESTÃO DE HORÁRIO:

06 HORAS DA MANHA

12 HORAS - MEIO DIA

06 HORAS DA TARDE

12 HORAS DA NOITE - MEIA NOITE

28 unidade(s)

2908
(32)

> * < Item disponível no programa. "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR" (Conheça o programa Farmácia Popular)
Serão Entregues somente os itens desta receita que pertencem ao elenco de medicamentos padronizados pelo município.

Guaracyara M. Gonçalves
Enfermeira
COREN 493309

FORTALEZA, 29 de Agosto de 2018

GUARACYARA MENDONCA GONCALVES
COREN - 493309 / CNS: 707803664526818
ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

Impresso por: GUARACYARA MENDONCA GONCALVES

Página 1 de 1

Data/Hora: 29/08/2018 - 09:38:04

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
UAPS JOSE PARACAMPOS (2482096)

Receituário de Medicamentos

Prontuário

Número: 2422715

Nome: FRANCISCO DARLAN ANDRADE DOS SANTOS - Masculino - 30/07/1998 (20 anos)

Cartão Nacional: 898004122197335

Nome da Mãe: TICIANA ANDRADE DO CARMO

Endereço: RUA 105 (LOT MOTA MACHADO), 176 - NOVO MONDUBIM - FORTALEZA-CE

Endereço Emitente: RUA ALFREDO MAMEDE, 250 NOVO MONDUBIM - FORTALEZA-CE Telefone: (85)34334927

Uso: VIA ORAL

IBUPROFENO 600MG

Tomar 01 comprimido até de 8 em 8 horas se dor.

20 unidade(s)

2908

> * < Item disponível no programa. "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR" (Conheça o programa Farmácia Popular)
Serão Entregues somente os itens desta receita que pertencem ao elenco de medicamentos padronizados pelo município.

Guaracyara M. Gonçalves
Enfermeira
COREN 493309

FORTALEZA, 29 de Agosto de 2018

GUARACYARA MENDONCA GONCALVES
COREN - 493309 / CNS: 707803664526818
ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

Impresso por: GUARACYARA MENDONCA GONCALVES

Página 1 de 1

Data/Hora: 29/08/2018 - 09:38:04

HDM|BO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira



Prefeitura de
Fortaleza

RECEITA

Sua Dor.

em el

Ibuprofeno 600

12/08 12/2

For. claustra

2. Ueber Lívio

usar 22 pira 700h.

Dr Nelson

19

24/08 10

*antinflamatório
20h
08h
5 dias*

retorno

*27/08/18
0700h*

*Dr. Roberto M. Rodrigues
Especialista: Traumatologia*

DATA: ____/____/____

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE
TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secretdg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

28-902124

SINISTRO 3180592901 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO DARLAN ANDRADE DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora

BENEFICIÁRIO FRANCISCO DARLAN ANDRADE DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 07910637390

Posição em 11-01-2019 12:15:24

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50