

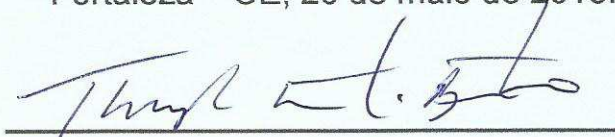
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: THOMPSON MARTINS BARRETO, brasileiro, casado, porteiro, CPF: 42990785353, RG nº 90003015373, SSP-CE, residente e domiciliado na Rua Chastinet Guimaraes, 481, apto 03, Bairro Elery, CEP 60.320-275, Fortaleza/CE.

OUTORGADO: KELRY MARTINS BARRETO LIAMA, brasileira, casada, inscrita na OAB-CE35.740, e **CINTHIA MENESES MAIA**, brasileira, solteira, inscrita na OAB-CE29.398, ambas com escritório no município de Fortaleza, estado do Ceará, na Rua Coronel Linhares, nº 2400, Dionísio Torres, CEP: 60170-241.

PODERES: São conferidos aos outorgados os poderes da cláusula "*ad judicial et extra*" nos termos do artigo 38 do Código de Processo Civil e do artigo 5º da Lei 8.906 de 04 de julho de 1994, para representar os Outorgantes em ação a ser ajuizada, como também na elaboração das peças de defesa dos interesses dos Outorgantes, em qualquer grau de jurisdição, após ter ciência completa dos fatos e receber os documentos necessários. Cabe ainda aos Outorgados fazer sustentações e defesas orais caso seja necessário para beneficiar a Outorgante, tendo aqueles, inclusive, poderes especiais para transigir, acordar, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, dar e receber quitação, firmar termo de compromissos, receber intimações e notificações, receber guias de retirada/ou Alvará para levantamento de valores depositados em contas vinculadas a processos judiciais, efetuar registros e pagamentos, dar entrada e retirada em documentos, podendo, enfim, praticar todos os atos úteis e/ou necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, inclusive substabelecer.

Fortaleza – CE, 20 de maio de 2018.



THOMPSON MARTINS BARRETO
CPF 42990785353

Extrato N.º: 5484
ISCAL ELETRÔN

Extrato N.º: 5484
ISCAL ELETRÔN

! lemoscript Kn
MS de ren

55



RECIBO

Valor 22,77

Recebi (emos) de Thompson Martins
 Endereço R. Chastide Quenards
 A importância de vinte e dois reais e setenta e sete centavos
 Referente compra de medicamentos

Para maior clareza firmo _____ o presente.

Fortaleza 14 de março de 2018

Emitente FRANCIA JACQUELINE CPF/RG 04333333/000134
 Assinatura [assinatura]

utilbra



EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S/A

CGC: 06.626253/0001-51 - FORTALEZA - CE

LOJA

Loja 58 Fortaleza / CE
 End.: Av. Bezerra de Menezes, 480
 Parque Araxá

TELEFONE

34336482

RECIBO

R\$ 99,10

Recebemos de Thompson Martins Barreto

A importância de R\$ noventa e nove reais e dez centavos

referente a Medicamentos

Fortaleza(CE), 18 de fevereiro de 2018

[assinatura] 44433

REV 00

ESTE DOCUMENTO É DE USO EXCLUSIVO INTERNO DE EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S/A

SEDE: JF 31200
 ECF-TE VERSÃO: 01.00.05 ECF: 008 L3: 053
 OPR: 34472 VEN: 41433
 OLS: SNOT 18/07/2018 12:25:12
 LAB: SMO310000000000022699

*ESSE VALOR É UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, NÃO É DOCUMENTO FISCAL EXCLUINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SUAS COMPRAS SÃO CONTABILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA MAIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

SEU SALDO DE JANEIRO A JUNHO/2018 É DE R\$ 89,17* ATUAL R\$ 500,00 ATÉ 30/06/2018 E SEJA UM CLIENTE ORO.

MISSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 15,52

NÃO É DOCUMENTO FISCAL PARABENS VOCE É UM CLIENTE SEMPRE.

OLÁ ANTONIO, SEJA BEM VINDO AO NOVO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS PARA VOCE.

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

RELATÓRIO GERENCIAL

EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A
 FARMÁCIAS PAGUE MENOS
 AV. BEZERRA DE MENEZES, 0480
 PARQUE ARAXÁ - FORTALEZA - CE 04000
 OBRIGADO E VOLTE SEMPRE
 CNPJ: 06.626.253/0001-51
 IE: 06.808.112-6
 18/02/2018 12:25:09 CNF: 048197
 066-084406 CER: 0008
 NÃO É DOCUMENTO FISCAL
 REL. GERENCIAL
 CDD:3000

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

para

Thompson Martins
Barreto

plink.

1) Ultrassom de
ombro direito

HO. Lesões ligamentares
ombro ds

Dr. Miguel Ricardo B. Moraes
Traumatologista
CRM - CE 4299

«Uso exclusivo do HDEBO-(Frotinha de Messejana)»

Fortaleza-CE, _____ de _____ 20____

Assinatura do Profissional

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

thompson martin Barreto

uso oral

1) cito pro juv 100 mg - 01 ex

tomar 01 q 12/12h

por até 05 dias.

48/02/18

Dr. George Aracida Marques
Médico
CRM-CE 10101

Uso exclusivo do HDEBO-(Frotinha de Messejana)

Fortaleza-CE, _____ de _____ 20____

Assinatura do Profissional

MAIO2012-GráficaHDEBO-Enferm.-Receituário-003

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CINTHIA MENESES MAIA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/06/2018 às 20:28, sob o número 01398015620188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0139801-56.2018.8.06.0001 e código 381C276.

Receituário

Nome: Thompson Martin Baneto

1 - Tandrilax 01 Cx./15 Comprimidos

Tomar 01 comp. via oral de 8/8hs. Durante 05 dias.

2 - Tipica de vecinătate.

f_x - avulsão de TM útero ① (pouco dnis)

→ Patient optc m the uningen.

Retourner en : 25.02.18 à 19:30

DATA: 18 / 02 / 18

Dr. João Bosco S. Nogueira
MÉDICO ORTOPEDISTA ESPECIALIZADO
CRM: 10639 TEOT: 12305

Médico (a) - CRM

**NÃO AUTORIZO A TROCA
DESSE MEDICAMENTO**

Retorno:	02/03/18	Médico:	D ^r . Gilmar Bonifaz	às _____	Procedimento:	19-04-18
Retorno:	02/03/18	Médico:	D ^r . Gilmar Bonifaz	às _____	Procedimento:	
Retorno:	02/03/18	Médico:		às _____	Procedimento:	
Retorno:	06/03/18	Médico:	D ^r . Fernando	às _____	Procedimento:	
Retorno:	08/03/18	Médico:	D ^r . Angélie	às _____	Procedimento:	
Retorno:	30/03/18	Médico:	D ^r . Paulo Reis	às _____	Procedimento:	
Retorno:	07/04/18	Médico:	D ^r . Paulo Reis	às _____	Procedimento:	
Retorno:	07/04/18	Médico:	D ^r . Angela	às _____	Procedimento:	
Retorno:	06/04/18	Médico:	D ^r . Angela	às _____	Procedimento:	
Retorno:	07/04/18	Médico:		às _____	Procedimento:	
Retorno:	10/04/18	Médico:	D ^r . Gilmar Bonifaz	às _____	Procedimento:	
Retorno:	02/04/18	Médico:	D ^r . Gilmar Bonifaz	às _____	Procedimento:	

NETO M/P

11/03/18 19:00
altos e baixos
VOLTAR 08/04/18 sempre
19h noite

DESE MEDICAMENTO
MAO AUTORIZA A TROCA

Médico (a) - CRM

DATA

HORÁRIOS DE ATENDIMENTO:

DIAS:
SEGUNDA À SÁBADO

HORÁRIOS:
Manhã: 08:00h - 11:00h
Tarde: 13:30h - 17:00h

Alta - 30.04.18
Centro de Tratamento de Queimados



Instituto Dr. José Frota

CTQ - AGENDAMENTO DE PROCEDIMENTOS

Nome: Thompson Brito
BE/Registro geral: 5855090
Procedimento: F. De Queimaduras
Médico:
Data do Atendimento: 20.03.18

Assinatura da Enfermeira



EMPREENDEIMENTOS PAGUE MENOS S/A

CORUJÃO

fls. 22

CGC-06.626253/0001-51 - FORTALEZA - CE

Fone: 800.1313 - Entre
Domiciliar - das 20:00 às 21:00

LOJA

End.: Av. Bezerra de Menezes, 480
Parque Araxá

TELEFONE

34336482

RECIBO**R\$** 99,10Recebemos de Thompson Martins BarretoA importância de R\$ noventa e nove reais e dez centavosreferente a MedicamentosFortaleza(CE), 18 de fevereiro de 2018

REV 00

ESTE DOCUMENTO É DE USO EXCLUSIVO INTERNO DE EMPREENDEIMENTOS PAGUE MENOS S/A

O DOCUMENTO ELETRÔNICO É A VERSÃO MAIS ATUALIZADA

EMPREENDEIMENTOS PAGUE MENOS S/A
FARMACIAS PAGUE MENOS
AV. BEZERRA DE MENEZES, 0480
PARQUE ARAXÁ - FORTALEZA - CEARÁ**OBRIGADO E VOLTE SEMPRE**CNPJ: 06.626.253/0058-97
IE: 06.888.112-618/02/2018 12:25:09 CNF:048197
GRG:084406 CER:0068

COO:306019

NÃO É DOCUMENTO FISCAL
RELATÓRIO GERENCIAL
REL. GERENCIAL**CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS**OLÁ ANTONIO, SEJA BEM-VINDO AO NOVO PROGRAMA DE
FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCÊ TEM
BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS PRA VOCÊ.NÃO É DOCUMENTO FISCAL
PARABÉNS! VOCÊ É UM CLIENTE SEMPRE.**NESSA COMPRA VOCÊ ECONOMIZOU R\$ 15,52**SEU SALDO DE JANEIRO A JUNHO/2018 É DE R\$ 89,17*
ATINJA R\$ 500,00 ATÉ 30/06/2018 E SEJA UM CLIENTE
OURO.*ESSE VALOR É UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS,
NÃO É DOCUMENTO FISCAL
EXCLUINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS, SUAS COMPRAS SÃO
CONTABILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS, CONFIRA O REGULAMENTO E
SABÁ MAIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

SWEDA IF ST200

ECF-IF VERSÃO: 01.00.05 ECF: 008 LJ: 058

OPR: 34472 VEN: 41433

UDES)SN)E 18/02/2018 12:25:12

FAB: SMO3110000000022899

EMPREENDEIMENTOS PAGUE MENOS S/A
FARMACIAS PAGUE MENOS
AV. BEZERRA DE MENEZES, 0480
PARQUE ARAXÁ - FORTALEZA - CEARÁ**OBRIGADO E VOLTE SEMPRE**CNPJ: 06.626.253/0058-97
IE: 06.888.112-6

18/02/2018 12:24:35 CCF:169076

COO:306018

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD.	UN.	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
1	7898336434551	TIPOIA DAUF ESTOFADA	1	UN	I1		50,15
2	7898148292806	SULF NEONICINA CR 20	1	UN	F1		12,13
3	7896422507295	CETOPROFENO 100MG CP	1	UN	F1		34,33
4	7896658004704	TANDRILAX CPD/15	1	UN	F1		18,01
		desconto item 1					-2,40
		desconto item 2					-3,38
		desconto item 3					-5,43
		desconto item 4					-4,31
		TOTAL R\$					99,10
		DINHEIRO					99,10

MD-5: 3E3D19FC3196562BC826547C88A998BF

CPF CLIENTE SEMPRE: 027.***.***-20

Trib aprox R\$: 8,92 Federal e 6,40 Estadual
Fonte: IBPT ca7g13

CNPJ/CPF consumidor:

NONE: CPF/CNPJ NAO INFORMADO

3131Fa7JswHkgP6czHTDj2?aqvQhrXq8PSSfcwZHBROa30KUdLvJV?k1

SWEDA IF ST200

ECF-IF VERSÃO: 01.00.05 ECF: 008 LJ: 058

OPR: 34472 VEN: 41433

UDES)SN)E 18/02/2018 12:25:07

FAB: SMO3110000000022899

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CINTHIA MENESES MAIA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/06/2018 às 20:28, sob o número 0139801562891. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0139801562891 e código 881C276.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE

Thompson Rêbas

sonata

*11 fisioterapia
moto vt*

15 sessões

*fx mma @ consoli-
dada*

Minic2012-GráficaHDEBO-Enferm.-Receituário-003

«Exclusivo do HDEBO-(Frotinha de Messejana)»

Fortaleza-CE

08 de 04 18

Assinatura do Profissional

Dr. João Mamede
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 12218 / TEOT 136



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. Jornalista Tomaz Coelho Nº 1578 - Messejana - fone - 3105.15.60



ATESTADO MÉDICO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº _____

Atestamos para fins legais que

Thompson Mendes Beneix

Foi atendido neste hospital no dia ____/____/____ às ____

1. Necessita de 15 15 dias de afastamento de suas atividades profissionais,
a partir desta data por motivo de doença ou agravo à sua saúde.

2. Necessita de ____ () dias de afastamento das atividades escolares por motivo de
doença.

3. Encontra-se () APTO () INAPTO a prática do componente curricular de educação
física no período de ____/____/____ à ____/____/____

4. Paciente foi atendido neste hospital às ____ hs, podendo retornar ao trabalho.

5. Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade _____

6. Paciente concorda com a posição do diagnóstico: _____

Obs:

S42.2

Fortaleza, 18 de 03 de 2018

Dr. João Bosco S. Aguiar
MÉDICO ORTOPEDISTA ESPECIALIZADO
CRM: 10639 TEOT: 12305

Recebido

Layana de A. Silva

20.03.18

Receituário

Nome: Thomassen Martin Banek

1 - Tandrilax 01 Cx./15 Comprimidos

Tomar 01 comp. via oral de 8/8hs. Durante 05 dias.

2 - Tipografia de Vaccarum

f_x - cavulato de TME ulnare (D) (pauze dintr.)

→ Patient opte m the winging.

Return on: 25.02.18 at 19:30

DATA:

Dr. João Bosco S. Nogueira
MÉDICO ORTOPEDISTA ESPECIALIZADO
CRM: 10639 TEOT: 12305

Médico (a) - CRM

**NÃO AUTORIZO A TROCA
DESSE MEDICAMENTO**



Município de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

fls. 26

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE THOMPSON MARTINS BARRETO		DADOS PESSOAIS	
CADUS	NASCIMENTO 22/01/1975(43 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 5098088	Nº DO BE 259825
NOME MÃE LEDA MARIA MARTINS BARRETO	SEXO M	RAÇA/COR PARDO	
ENDEREÇO RUA CHASTINET GUIMARAES 481 SAMU USB M 04 / JOSIVAR VILA ELLERY	NOME RESPONSÁVEL NI	RAÇA/COR PARDO	
CONTATO (85) 98856-7798	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CEP 60.320-275

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

QUEIXA TRAUMA OMBRO DIREITO/ JOELHO/PÉ DIREITO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA
SINTOMAS TRAUMA OMBRO DIREITO/ JOELHO/PÉ DIREITO	SINAIS VITAIS	ESCALA DE DOR 8 (ADULTO)

PESO	PRESSÃO ARTERIAL 130/90	SAT O2 99%	PULSO	GLICEMIA
TEMPERATURA 36 °C	ALERGIAS NÃO SABE INFORMAR	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO JULIANA BARROS CASTRO REBOUCAS		
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	ÁREA DE ATENDIMENTO			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 18/02/2018 08:49:08

ÁREA DE ATENDIMENTO
EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ANAMNESE

*paciente refere acidente motorizado
suspensa TCH leve e trauma unco*

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO (X) RAIO-X	<i>pe</i>	<i>H1604</i>
		() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Levofloxacina 500mg</i>	<i>1/150</i>	<i>ADIP</i>
<i>Amoxiclavina 625mg</i>	<i>1/150</i>	<i>ADIP</i>
<i>Paracetamol 500mg</i>	<i>1/150</i>	<i>ADIP</i>

MÉDICAMENTO

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA:

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

Impresso por JULIANA BARROS CASTRO REBOUCAS em 18/02/2018 08:49:08

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

Assinatura do Médico Especialista

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Assinatura do Enfermeiro

Assinatura do Técnico

Assinatura do Auxiliar

Assinatura do Recepcionista

Assinatura do Agente

Assinatura do Motorista

Assinatura do Auxiliar de Limpeza

Assinatura do Auxiliar de Cozinha

Assinatura do Auxiliar de Serviços Gerais

Assinatura do Auxiliar de Manutenção

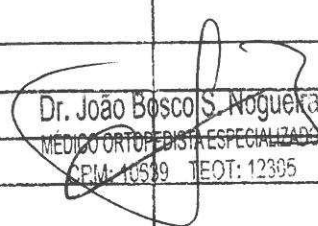
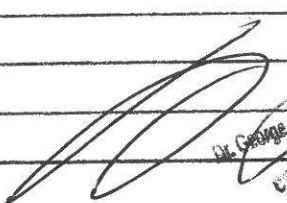
Assinatura do Auxiliar de Segurança

Dr. João Mamede
Ortopedia e Traumatologia
EMEC 12218 / TEOT 1360

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Messejana - CEP: 60.864-810

Fortaleza

PRESCRIÇÃO	HORARIO	OBSERVAÇÕES
Retorna para apresentar exames.		
Rx de joelho: 02		
Rx do ombro (D): fx - avulsão da TM âmero (D), com pouco deslocamento.		
on - útero tb anérgico, porém paciente solicita Hc conservadora - uso de tórax - Retom em 7-1 - Meds - Encaminhado à cirurgia p/ sutura p/ (D)		
 Dr. João Bosco S. Nogueira MÉDICO ORTOPEDISTA ESPECIALIZADO CRM: 10539 TEOT: 12305		
 Dr. George Andrade Marques CRM: 10539 TEOT: 12305		

CONDIÇÃO DE ALTA	☐ DECISÃO MÉDICA	☐ A PEDIDO	☐ A REVELIA
	☐ REMOVIDO PARA	GUIA Nº	
	☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO	DATA E HORA	
OBSERVAÇÃO ATÉ 24h	DATA E HORA		
INTERPRETAÇÃO	☐ Nº DO PRONTUARIO	DATA E HORA	
DATA E HORA	ASS. E CARIMBO DO MÉDICO		
RELAÇÃO DE ENTREGA DE ÓBITO	DATA E HORA		
TESTES DO 1º SOCORRO	☐ SIM ☐ NÃO	DATA E HORA	
TESTES DO CORPO	☐ ENTREGUE A FAMÍLIA	☐ ANATOMIA PATOLÓGICA (SVO)	
ASS. E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL			



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 04/04/2018 11:13:59

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 20/03/2018 11:51:08	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 702601724518343	NOME: THOMPSON MARTINS BARRETO				Registro: 5555090		
CPF: 42990785353	RG:	D. NASC: 22/01/1975	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Branca		
NOME DA MÃE: LEDA MARIA MARTINS BARRETO				NOME DO PAI: ANTONIO EDSON TAMIARANA BARRETO			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: CHASTINET GUIMARAES		Nº: 481	BAIRRO: VILA ELLERY			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 34699551, 984057156	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60320275		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: O MESMO		PARENTESCO:			TELEFONE: 34699551, 984057156		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Queimaduras (inclui explosões), Contato com aquecedores, radiadores e tubulação							
QUEIXAS: lesao mid há dias,ecg15							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Outros	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AZUL				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CTQ - CENTRO TRATAMENTO DE QUEIMADOS							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1363 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/03/2018 12:02:52**
Data / Hora da Ocorrência: **18/02/2018 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA COSTA BARROS**
Complemento: **ESQUINA COM AV. RUI BARBOSA**
Bairro: **ALDEOTA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **THOMPSON MARTINS BARRETO**
Nascimento: **22/01/1975** CPF: **429.907.853-53**
RG: **90003015373** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
Filiação: **LEDA MARIA MARTINS BARRETO**
ANTONIO EDSON TAMIARANA BARRETO
Endereço: **RUA CHASTINET GUIMARAES, 481**
Bairro: **ELLERY**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98405-7156**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OID4090** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110ER404742** Renavam: **1012226775** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **ROSANGELA R DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PNC5480** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **93HGM6670FZ136233** Renavam: **1070889846** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **HONDA/CITY EX CVT** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **DJACIR GURGEL DE FIGUEIREDO NETO** 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 OID-4090/CE NA RUA COSTA BARROS QUANDO UM CARRO DE PLACAS PNC-54801/CE QUE TRANSITAVA NA AV. RUI BARBOSA AVANÇOU UM SEMÁFORO VERMELHO COLIDINDO COM A VITIMA NO CRUZAMENTO COM A RUA COSTA BARROS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

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

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 1363 / 2018

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Signature]*

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-0

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CINTHIA MENESES MAIA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/06/2018 às 20:28, sob o número 0139801-5620188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0139801-56.2018.8.06.0001 e código 381C276.

Nº DO CLIENTE
8416019-5
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.347.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 520132296

Rota 04 01140 42 306600 - 8 Data de Emissão 05/04/2018

Nome ROSANGELA RAMOS DE OLIVEIRA

End. Postal RU CHASTINET GUIMARAES 00481 FD
VILA ELLERY - FORTALEZA - 60320275

Medidor 7557114 Posta 0455 C88N

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICÓ

RG / CPF / CNPJ 627681233-15 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2018	05/04/2018	07/05/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto PRESIDENTE KENNEDY

Mês Fev/2018 EUSD 33,98

DICRI= 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
52,33	27,00%	14,12

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5BF4,68EW.F142.GUAB.3162.5F2F.906E.CE75

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 21320	21245	1,00	74	0,00	74	0,70721	52,33
05/04/18	07/03/18		29 DIAS		74		52,33

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	52,33
MULTA MORATORIA REF 03/2018	2,27
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,08
JUROS DO MES	1,34
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	4,13

VENCIMENTO 12/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 60,15

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	17,41
Transmissão	1,74
Distribuição	11,33
Encargos Setoriais	4,09
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	17,26
TOTAL	52,33

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
151	74
164	147
148	157
157	164
164	163
160	164
164	160
160	0
0	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
31,98	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

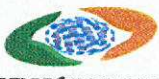
Previo Aviso

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) 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. Lei 8.987/2014, Art. 1º, inciso III.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
03/2018	127,81
Total	127,81

 PREVIDÊNCIA SOCIAL	Comunicação de Acidente de Trabalho	
	Número da CAT:2018.142.801-6/01	

Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	20/04/2018
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	FABIRODRIX@HOTMAIL.COM

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	ATITUDE TERCEIRIZCAO DE MAO DE OBRA EIRELI		
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 090191500001-11	CNAE	78108
CEP	60140110	Endereço	R CATAO MAMEDE 217
Bairro	ALDEOTA	Estado	CE
Município	FORTALEZA	Telefone	0085-32544465

Informações do Acidentado

Nome	THOMPSON MARTINS BARRETO	Data Nascimento	22/01/1975
Nome da Mãe	LEDA MARIA MARTINS BARRETO	Sexo	Masc
Grau de Instrução	6 - Ensino médio completo		
Estado Civil	Casado	Remuneração	1.100,70
CTPS	622808 Série: 00020 Dt emissão: 14/05/2008 UF: CE	Identidade	90003015373 Dt emissão: 12/04/2018 Órg Exp: 01 UF: CE
PIS/PASEP/NIT	1234680041-6	Endereço	CHASTINET GUIMARAES 481
Bairro	VILA ELLERY	CEP	60320275
Estado	CE	Município	FORTALEZA
Telefone	0085-0084057156	CBO	517410 - PORTEIRO DE EDIFICIOS
Aposentado	Não	Área	Urbana

Informações do Acidente

Data do Acidente	18/02/2018	Hora do Acidente	06:30
Horas Trabalhadas	12:00	Tipo	3 - Trajeto
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Sim
Local do Acidente	3 - Área Pública	Esp. Local	RUA COSTA BARROS
CGC da Prestadora	CNPJ - -	UF do Acidente	CE
Município do Acidente	FORTALEZA	Último dia Trabalhado/Dt Óbito	18/02/2018
Parte do Corpo	75.60.20.000 - OMBRO		
Agente Causador	30.30.75.200 - MOTOCICLETA, MOTONETA		
Sit. Gerador	20.00.16.600 - QUEDA DE PESSOA EM MESMO NIVEL SOB		
Morte	Não	Data Óbito	

FORTALEZA, 20 DE ABRIL DE 2018.

Local e Data

Fabiano Almeida
 ATENDENTE DO ACIDENTADO
 REG. 0019508/CE

Informações do Atestado Médico

Unidade	HDEBO FROT MESSEJANA	Data Atend.	18/02/2018
Hora Atend.	14:00	Houve Internação?	Não
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 060 dia(s)		
Nat. Lesão	70.20.35.000 - FRATURA		
CID - 10	S42.2 - Fratura da extremidade superior do umero		
Observações	QUEIMADURA 2 GRAU PE DIREITO	CRM	0000010639 - UF: CE

Local e Data

Assinatura(*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 20/04/2018 às 09:36:41

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substituí o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Thompson Martins Barreto**, no dia **18/02/2018**, às **08h01min**, na **Rua Costa Barros c/ Avenida Rui Barbosa**, no **Bairro Aldeota**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P098244/2018**.

Fortaleza, 13 de março de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

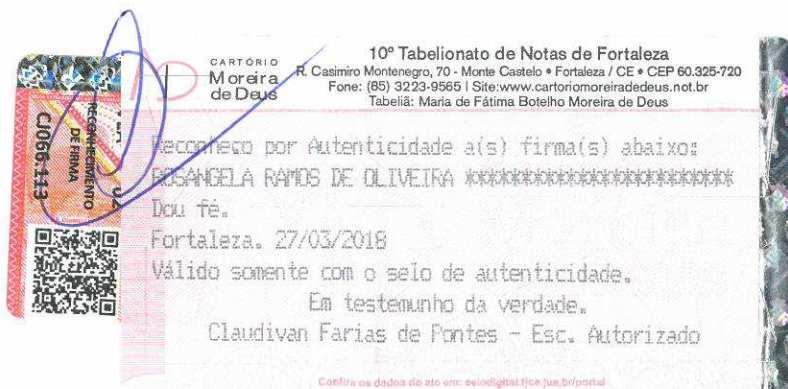

Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

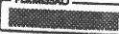
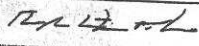
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ROSANGELA RAMOS DE OLIVEIRA,RG nº 99018004589 data de expedição 19/10/2015Órgão SSPDS, portador do CPF nº 62768123315 com domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de CEARA,onde residio na (Rua/Avenida/Estrada) RUA CHASTINET GUIMARAES, nº 481, complemento AP 3,declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima THOMPSON MARTINS BARRETO, cujo o condutor eraTHOMPSON MARTINS BARRETOVeículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA FANKSAno: 2014Placa: 010 4090Chassi: 9C23C4110ER40474Data do Acidente: 18/02/2018Local e Data: FORTALEZA, 18 DE MARÇO DE 2018

 Assinatura do Declarante

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME THOMPSON MARTINS BARRETO	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 4622808 MTE CE
	CPF 429.907.853-53
	DATA NASCIMENTO 22/01/1975
	FILIAÇÃO ANTONIO EDSON TAMIARANA BARRETO LEDA MARIA MARTINS BARRETO
PERMISSÃO 	ACC 
CATNAB AB	Nº REGISTRO 02953935478
VALIDADE 05/11/2020	1ª HABILITAÇÃO 24/07/2003
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR 	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 14/08/2017
ASSINATURA DO EMISSOR 	48337141804 CE160884870
CEARÁ	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1496742363

PROIBIDO PLASTIFICAR
1496742363

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Prolegar Direito

Thompson Martins Barreto
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 90003015373 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/04/2018

NOME
THOMPSON MARTINS BARRETO

FILIAÇÃO
ANTONIO EDSON TAMIARANA BARRETO
LÊDA MARIA MARTINS BARRETO

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO
22/01/1975

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: MUCURIBE TERMO: 16887 FOLHA: 187
LIVRO: 8-51 FORTALEZA - CE
CPF 429.907.853-53

2 VIA

Benedito Ribeiro de Aguiar
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: