



Cartório 1º Ofício

Cartório do 1º Ofício de Acopiara

CNPJ/MF 14946712000102

Acopiara - CE - 1º OFÍCIO

Bela. Francisca Maria Pereira

Tabeliã e Registradora

Registro civil, Escrituras, Procurações, Protestos, Registros de títulos e documentos, Autenticações, Reconhecimento de firma, Veículos.

LIVRO 69

ATO

FOLHA 181v

TRASLADO DE PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que fazem: ANTONIO CLAUDIMAR SOBRINHO BATISTA como OUTORGANTE e DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA; EURIJANE AUGUSTO FERREIRA; JOÃO RICARDO PINHO; LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO como OUTORGADOS.

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virem que a(os) 06 dia(s) do mês de julho do ano de 2018, nesta cidade de Acopiara, Estado do Ceará, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu como OUTORGANTE ANTONIO CLAUDIMAR SOBRINHO BATISTA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Carteira de identidade RG. n° 2016049571-1 SSPDS-CE., inscrito no CPF n° 623.914.053-83, residente no Sítio Catolé da Pista, Município de Piquet Carneiro - Ceará, ora em trânsito por esta cidade, reconhecido como o próprio por mim Escrevente Autorizado(a) pelos documentos originais a mim apresentados, bem como, reconheço a capacidade para o ato pelas respostas dadas às perguntas que lhe fiz, do que dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui como PROCURADORES os advogados DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA, brasileiro, solteiro, advogado inscrito no OAB-CE: 25.815, portador da CI.RG. n° 2002010301752 SSP-CE., CPF n° 029.576.373-67, EURIJANE AUGUSTO FERREIRA, brasileira, solteira, advogada inscrita no OAB-CE 16.326, portadora da CI.RG. n° 94002270402 SSP-CE., inscrita no CPF n° 615.693.643-20, JOÃO RICARDO PINHO, brasileiro, divorciado, advogado inscrito na OAB-CE 33.315, portador da CI.RG. n° 83845184-SSP-CE., inscrito no CPF n° 267.617.263-87 e LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO, brasileira, casada, inscrita na OAB-CE 22.901, portadora da CI.RG. n° 94002362102 SSP-CE., inscrita no CPF n° 569.566.653-87, todos com escritório profissional situado à Rua Joaquim Felício, n° 201, Sl. 06, Shopping Cavalcante Piazza, Messejana, CEP 60.840-115, Fortaleza-CE e/ou Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, n° 9, Prado, Iguatu-Ceará, CEP 63.502-105, a quem concede PODERES para o foro em geral, conforme estabelecido no Artigo 105 da Lei 13.105/2015 - Código de Processo Civil, e os especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Serviram de testemunhas, RENATO ALVES DIAS JÚNIOR e GASTON BARBOSA DO NASCIMENTO, brasileiros, vendedores varejista, o primeiro casado, CI.RG. n° 88.2811-85, CPF n° 309.521.903-20, o segundo solteiro, CI.RG. n° 2007029133171, CPF n° 061.635.313-88, residentes na Av. Paulino Félix, Acopiara-Ceará. As: a rogo pelo outorgante, VERONICA ALVES ALEIXO, brasileira, divorciada, portadora da CI.RG. n° 2015185434-8, CPF n° 728.572.693-15, residente na Rua Maria Nilce R. Marques, Acopiara-Ceará; RENATO ALVES DIAS JÚNIOR; GASTON BARBOSA DO NASCIMENTO. Eu FRANCISCA RODRIGUES DA SILVA ALVES, Escrevente Autorizado(a), subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho da verdade. Dou fé. Acopiara, 06 de julho de 2018. Está conforme o original. Traslada hoje.

Francisca Rodrigues da Silva Alves

FRANCISCA RODRIGUES DA SILVA ALVES

Escrevente Autorizado(a)



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
DE ACOPIARA
Acopiara - Ceará

VALIDO SOMENTE
COM SELO DE
AUTENTICIDADE

TRIBUNAL DE JUSTIÇA - TJ-CE	
EMOLUMENTOS	29,20
ISS	1,48
FERROJUL	5,69
SELO	4,75
FAADEP	1,48
FRMP	1,48
OUTROS	0,00
TOTAL	42,08
SL	AC970.543

**Escritório Fortaleza**

R. Joaquim Felício, nº201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, N° 9
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **ANTONIO CLAUDIMAR SOBRINHO BATISTA**, brasileira, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade número 2016049571-1 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 623.914.053-83, residente e domiciliado à Dt. Catolé da Pista Luz no Campo, Nº 258, Catolé da Pista, Piquet Carneiro-CE, CEP: 63.605-000.

DECLARO, para os devidos fins de direito, perante a Justiça do Estado do Ceará, nos termos da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, de que sou pobre na acepção jurídica do termo e não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais sem sacrifício do meu sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração acima, sob as penas da lei, assinando a presente declaração para que produza seus efeitos legais de condições econômicas.

Iguatu - Ceará, 25 de junho de 2018.



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

 Polegar Direito



PROIBIDO PLASTIFICAR

Não Alfabetizado(a)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS GROSS & SOHN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2016049571 - 1 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/02/2016

NOME
ANTONIO CLAUDIMAR SOBRINHO BATISTA

FILIAÇÃO
JOSÉ NETO SOBRINHO
FRANCISCA LÊDA BATISTA

NATURALIDADE
PIQUET CARNEIRO - CE DATA DE NASCIMENTO 02/07/1985

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: IBICUA TERMO: 5208 FOLHA: 132 LIVRO: A
5 PIQUET CARNEIRO - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 67

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS GROSS & SOHN

CÓDIGO DE CONTROLE 9B6C.0747.F5E9.8A5C

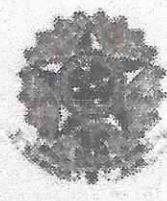
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

as 08:22:11 do dia 22/03/2016 (hora e data de Brasília) dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
623.914.053-83

Nome
ANTONIO CLAUDIMAR SOBRINHO BATISTA

Nascimento
02/07/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **623.914.053-83**

Nome: **ANTONIO CLAUDIMAR SOBRINHO BATISTA**

Data de Nascimento: **02/07/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **22/03/2016**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:32:10** do dia **28/07/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **CF0F.5F47.26EC.8F93**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **531461141**

Companhia Energética do Ceará

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

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

Esta é a segunda via de
JUL/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
5330563 DV **9**

VENCIMENTO
09/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Rota 22 014042 02 0125100
Nome FRANCISCA LEDA BATISTA
Endereço Postal

Medidor 2535404
Poste 0000 0

End. da Unidade Consumidora DT CATOLE DA PISTA LUZ NO CAMPO 00258 CATOLE DA PISTA
PIQUET CARNEIRO 63605000

RG / CPF / CNPJ 812.362.123-04

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

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

FP 4328 4276 1 52 0 52

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
Consumo faixa 0-30 Kwh 30 0,19449 5,83
Consumo faixa 31-100 Kwh 22 0,33343 7,34

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação 02/08/2018
Prev. Próxima Leitura 02/08/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9B22.41D0.FA41.09A3.A72D.D45A.FDB2.EED4

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 6,79
TRANSMISSÃO 0,72
DISTRIBUIÇÃO 3,87
ENCARGOS SETORIAIS 1,04
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 1,68

OUTROS PAGAMENTOS
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO -34,51
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,93
COB. SALDO FATURA ANTERIOR 20,41
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,26)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NUMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: - FAT MEDIA-
LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414

De acordo com a Res800 sua classe foi classificada
exclusivamente como baixa renda a partir de jul18. Caso queira
alterar a tarifa de consumo, consulte o cliente

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

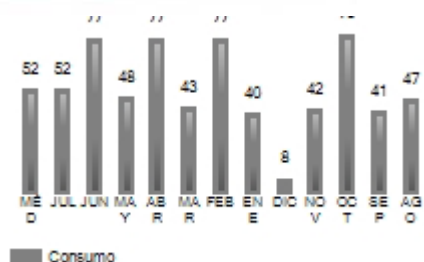
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 7,49

Conjunto SENADOR POMPEU

Mês MAI/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Nº do Cliente: **5330563-9** Nº da Nota Fiscal: **531461141** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **28/07/2018** Referência: **JUL/2018** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

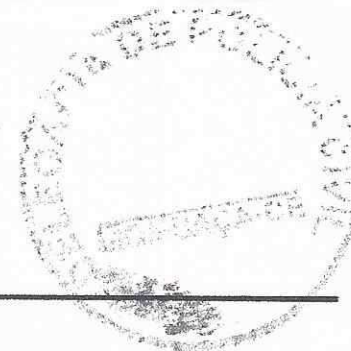
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por EURJANE AUGUSTO FERREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 16/08/2018 às 11:19, sob o número 01557918720188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0155791-87.2018.8.06.0001 e código 3B36B1F.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE MOMBACA



fls. 13

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 502 - 1006 / 2016**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **04/08/2016 10:30:42**Data / Hora da Ocorrência: **11/10/2015 17:00:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO CATOLÉ DA PISTA**

Complemento:

Bairro:

Município: **PIQUET CARNEIRO/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **ANTÔNIO CLAUDIMAR SOBRINHO BATISTA**Nascimento: **02/07/1985** CPF: **623.914.053-83**RG: **20160495711**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **FRANCISCA LEDA BATISTA****JOSÉ NETO SOBRINHO**Endereço: **SITIO CATOLÉ DA PISTA**Bairro: **ZONA RURAL**

CEP:

Município: **PIQUET CARNEIRO/CE**País: **BRASIL**

Telefone:

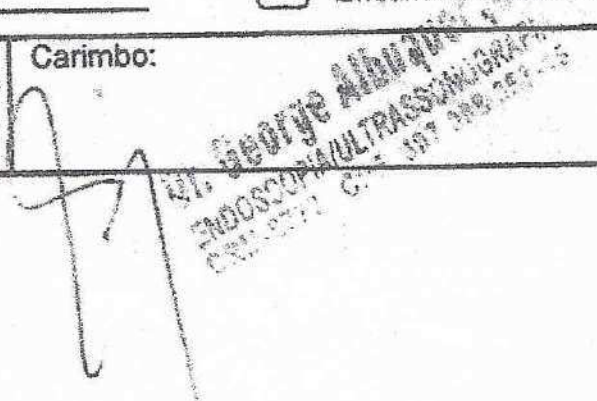
Histórico

Afirma o declarante que no dia, hora e local acima citados, estava conduzindo o veículo abaixo relacionado, quando colidiu na traseira de outra moto; QUE com o impacto o declarante caiu no chão; QUE então foi socorrido por populares para o hospital de Piquet Carneiro/Ce, onde depois foi transferido para a cidade de Barbalha/Ce; QUE em decorrência do acidente, o declarante sofreu o que consta no Boletim de Atendimento médico.

DADOS DO VEÍCULO:

HONDA/CG 150 TITAN, 2010/2010, PLACA NVD5763, CHASSI 9C2KC1610AR027517 licenciado em nome de Leandro Oliveira Albuquerque.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MOMBACA**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOSE MAXDELLY MINEIRO DE CARVALHO - MAT.: 198314-1-8****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****JEFFERSON LOPES CUSTODIO - MAT.: 404548-1-0**

 HOSPITAL DE PEQUENO PORTE - HPP RANCHO VERDE, S/N PIQUET CARNEIRO - CE	 MUNICÍPIO VERDE	DATA: 11/10/15	OCORRÊNCIA:		 MUNICÍPIO APROVADO 2011
		HORÁRIO: 18:37h			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE/ RESPONSÁVEL					
Nome do Paciente: <u>ANTONIO CLAUDIMAR SOBRINHO</u>					Idade: 304
Endereço do Paciente: <u>CATUPE DA PISTA</u>					Sexo: M
Profissão: <u>AGRICULTOR</u>					Telefone:
Cartão SUS: <u>16083818227400051</u>					
Parentesco:					
Telefone:					
ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM					
Paciente Chegou:		Horário de Atendimento:	SINAIS VITAIS		
☐ Automóvel ☐ Outro			Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
			X		
Especialidade:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Doença Atual: <u>PRE. VITUPA & CULON & CULOTO CULU</u> <u>TCE GRAVE</u>					
Exame Físico: <u>GEG. FUCOUSELON, CULONALY</u> <u>DEU/AL = WDN</u> <u>ABOOL = WDN</u>					
Exame(s) Complementar(es) Solicitado(s):			Resultado:		
Impressão Diagnóstica: <u>TCE</u>					
Tratamento) Conduta (vide anotações no verso)					
DESTINO DO PACIENTE APÓS ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA					
☐ Residência ☐ Sem Encaminhamento ☐ Encaminhado a _____					
☐ Transferido para (Hospital): _____					
☐ Encaminhamento ao IML					
Assinatura do Médico:			Carimbo:		CREMEC:
					

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE	FICHA DE REFERÊNCIA	 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
---	----------------------------	--

Unidade de Origem: Hospital Regional de Iguatu
 Distrito Sanitário: _____ Município: Iguatu

Sexo: M (x) F () Idade: 30 Ocupação: Agricultor
 Endereço: Colônia do Povoado Bairro: _____
Rua da Carneiros

Motivo do Encaminhamento: Dor com sintomas de TCE
com papilas midriáticas e
Sinal do guaxinim Glasgow = 8
 Resultado de Exame: _____

Conduta já Realizada: Hidracefalia do fêmur,
decompressão e antibioticoterapia
 Assinatura do Encaminhante: Dr. Antonio Valdeberto Data: 11/10/15 Hora: 20:40
Dr. Antonio Valdeberto MÉDICO CREMEC 3490-CPF: 000 Função: _____

AGENDAMENTO
 Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()
 Procedimento: _____ Profissional: _____
 Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA
 Nome do Paciente: _____
 Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resumo de Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____
 Secundário 1 _____ CID _____
 Secundário 2 _____ CID _____
 Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____
 O problema justifica a referência? Sim () Não () O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim () Não ()

Assinatura do Consultante: _____ Data: ____/____/____
____ nº registro Função: _____

AIH UNISUSWEB

: 11144810101051618131

Emissão: 12/10/2015 00:11

Paciente: ANTONIO CLAUDIMAR SOBRINHO

Data Nas: 02/06/1985 CPF:

Filiação - Mãe: FRANCISCA LIMA BATISTA

RG:

Est. Civil: SOLTEIRO

Atend. N°: 316154

Idade: 30a 4m 10d Sexo: M

Fil: JOSE NETO SOBRINHO

Endereço: SÍTIO CATOLE DA PISTA SN

Município: PIQUET CARNEIRO

Telefone: 8835161192

Natural: PIQUET CARNEIRO

UF: CE

CEP: 63605000

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

, CE

Religião: NAO INFORMADO

Cor: PARDO

Atend: JOAOPAULO

Conv.: SUS INTERNADOS

Matrícula/CNS: 160838192740005

Titular:

Responsável: RAIMUNDO NONATO MARINHEIRO DE MENESES

CPF:

Médico...: JOAO ANANIAS MACHADO FILHO

Clinica.: INTERN. CLINICA

Setor...: POSTO 1 - HNSA

Carater.: 02 URGENCIA

Prontuário: 114991

Data/Hora.: 12/10/2015 00:11

Qto/Leito.: 104-06

Tipo Acom.: ENFERMARIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

RESUMO DE TRATAMENTO

HDA: Relato de queda de motocicleta pelas 1700h. Queda.
Sem impacto

HAS ()

DM ()

ANTECEDENTES PESSOAIS

AVC ()

ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PRÉVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA =

FB =

FR =

TA =

ACV:

AR.:

ABDOMEN:

NEUROLÓGICO: ECV 8(1; 2; 5) Ixowm. Sem sinal focal

ECG: AO =

PUPILAS:

RV =

RM =

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: TCE: Fratura do osso / Contusão magenta

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO

ENF/APTO

TRANSF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

ADM

ATA SA: 27/10/15

23:29

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MÉDICO(a): 005211

JOAO ANANIAS MACHADO FILHO

Pressor por: JOAOPAULO 12/10/2015 00:17

R1 BOCO / 12800004418

TOMOGRÁFIA APAC

TOMOGRÁFIA APAC

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

DATA/HORA: 13/10/2015 18:56 ATENDIMENTO.: 316154
PACIENTE: 114991 ANTONIO CLAUDIMAR SOBRINHO
UNIDADE.: POSTO I -HMSA LEITO.:104-06 CONVENIO : SUS INTERNADOS

EVOLUÇÃO:

HD: TCE

HDA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO SEM USO DE CAPACETE ESTANDO ALCOOOLIZADO. ACOMPANHANTE RELATA QUE APÓS ACIDENTE PACIENTE APRESENTOU MIOCLONIA INTENSA DESCONHECENDO VOMITOS E OUTRAS QUEIXAS.

AM: ACOMPANHANTE DESCONHECE HAS E DIABETES E RELATA ACOOLISMO.

AF: ACOMPANHANTE DESCONHECE DOENÇAS CRONICAS NA FAMILIA DO PACIENTE.

ECTOSCOPIA: PACIENTE APRESENTA ESCORIAÇÕES POR TODO O CORPO, EQUIMOSE OCULAR BILATERAL, EUPÉICO, NORMOCORADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, DIETA ZERO. PACIENTE APRESENTA SUTURA NA REGIÃO SUPRAORBITAL DIREITA. D+

EXAME NEUROLÓGICO: PACIENTE ENCONTRA-SE SONOLENTO, IRRESPONSIVO A COMANDOS. ECG=8 (RV=1; AO=2; EM=5).

ACD: MARINNA DE ANDRADE SARAIVA



JOAO ANANIAS MACHADO FILHO
CRM:005211-CE

Solicitação De Exame

Nome do paciente: ANTONIO CLAUDIMAR SOBRINHO BATISTA

Data do Exame: 05/10/2016

Idade: 31 anos

Município: PIQUET CARNEIRO

EXAME SOLICITADO

Raios-X: Seios da Face

LAUDO MÉDICO

Sinusite maxilar à direita.

Dr. Ricardo Barreira
Radiologista.CRM.6379





GOVERNO DO MUNICÍPIO
SECRETARIA DA SAÚDE
PIQUET CARNEIRO - CE



RECEITUÁRIO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para fins previdenciários que o Sr Antonio Claudimar Sobrinho Batista, de 32 anos, sofreu acidente de trânsito em dezembro de 2015 que resultou em TCE. Paciente persiste com queixas de cefaleia diária, apresenta epistaxe frequente.

DATA: 25/06/18

Dra. Calábe Oliveira
MÉDICA
CRM-CE 18.023

Assinatura

ASSINATURA - Nº REGISTRO

SEU MEDICAMENTO
NA HORA CERTA
NA DOCE CERTA

☐

6X6Hs: 06M - 12M - 06N - 12N (4X DIA)

☐

8X8Hs: 06M - 2T - 10N (3X DIA)

☐

12X12Hs: 06M - 06N (2X DIA)

SINISTRO 3160560073 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO CLAUDIMAR SOBRINHO BATISTA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO ANTONIO CLAUDIMAR SOBRINHO BATISTA
CPF/CNPJ: 62391405383

Posição em 28-07-2018 09:36:40

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/02/2017	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00