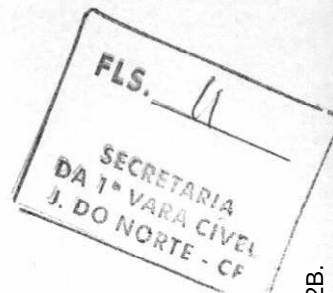




ACTUS
Advogados Associados



"PROCURAÇÃO AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Marcio Duarte Leite, brasileiro, portador do RG
2002014022793, CPF 02429847309, reside e domicílio
na Rua Odilio Figueiredo 2206 - bairro Seca - Juazeiro
do Norte - CE

OUTORGADO: Dr. THOMAZ ANTÔNIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787 e ANTONIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, ALANA CORREIA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 30.218, ARTHUR GOMES PONTES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 34.322, ANDEISE SILVA FARIAS NOGUEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 35.332, ambos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio n.º 649, Santo Antônio, Barbalha/CE onde recebe intimações e avisos.

PODERES: O(A) outorgante concede os mais amplos, gerais, especiais e ilimitados poderes, para representá-lo(a) junto ao foro em geral, conforme o artigo 38 do CPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(os/as) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais, acompanhando-o(a) e promovendo quaisquer medidas preliminares, previstas ou assecuratórias dos seus direitos e interesses; conferindo-lhe, também, poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e/ou procedimento, enfim, de valores depositados em instituições financeiras decorrentes de pleitos administrativos e/ou judiciais, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, propor execução, requerer insolvência, rescisória, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, representar junto às instituições financeiras e repartições públicas federais, estaduais e municipais; empresas públicas, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito público/privado ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer (em conjunto ou isoladamente), com ou sem reserva de poderes, o presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim, poderá o(s) procurador(es), praticar(em), alegar(em), promover(em) e assinar(em) todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

DECLARA o outorgante, nos termos da Lei n.º 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que é pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício de seu sustento e de sua família.

Barbalha/CE, 28 de Outubro de 2016.

Marcio Duarte Leite

026

Nº DO CLIENTE
1025901-5

Fica sujeito ao atendimento, utilização e adesão sempre que contratado através de contrato.

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

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

coelce

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº **429055299**

Rota **19 13000 11 514400 - 0** Data de Emissão **27/04/2016**

Nome **MARIA AUXILIADORA FERNANDES DE SOUZA**

End. Postal **RU ODILIO FIGUEIREDO 01206**

LAGOA SECA - JUAZEIRO DO NORTE - 63000000

Medidor **5315231**

Poste **0000 A51E**

Classe **01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA** Fator de Potência **0,00**

RG / CPF / CNPJ **574469893-00**

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência **Abr/2016** Data da Apresentação **27/04/2016** Previsão Próximo Leitura **27/05/2016**

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda **JUAZEIRO DO NORTE**
Conjunto **Fev 2016** **EUSD 17,23**
Mês **DICRI= 0,00 P**

ICMS

Base de Cálculo (R\$) **ISENTO** Aliquota **0,00** Valor do Imposto **0,00**

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C279.15EE.9967.6231.58FA.8807.0000.0009

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
FIC	0,23	0,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,86			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
23025	22903	1,00	122	0,00	0,00	0,11,00 0,27,00 0,40,00	13,42 3,78 5,22
27/04/16	28/03/16		30 DIAS		122		32,65

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MÊS P. CO NORMAL	55,09
DESCONTO TARIFA SOCIAL BAIXA RENDA	-22,44
MULTA MORATORIA REF 03/2016	1,38
JUROS DO MÊS	0,09
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,32

VENCIMENTO	04/05/2016	TOTAL PAGAR	35,44
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Energia	13,42	127	127
Transmissão	0,43	122	122
Distribuição	0,32	147	147
Encargos Setoriais	0,48	119	119
Tributos (TOM, PIS, COFINS)	0,21	155	155
TOTAL	33,87	134	134
		151	151
		132	132
		107	107
		108	108
		111	111
		117	117

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/LWh)	
Compensado kg(CO ₂)	0,00
Emitido kg(CO ₂)	52,73
Compensação Ecológica (% CO ₂)	0

Informações importantes e avisos de vencimento
Estamos expandindo o canal WhatsApp e por isso temos novos números
Para contato por vídeo. Para consultar os números acesse
nosso site - www.coelce.com.br

FLS. 12
SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA BANHOS ROQUE, liberado nos autos em 07/06/2018 às 21:44.
Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0049339-45.2017.8.06.0112 e código 37D1A2C.

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: MARCIO DUARTE LEITE
Endereço: RUA VEREADOR JOSE XAVIER DE OLIVEIRA 353
Bairro: PIRAJÁ
CEP: 63010-000

Prontuário: 115241
Idade: 29 ano(s) 10 mes(es) e 10 dia(s)
UF: CEARÁ Sexo: Masculino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO- Enfermaria: 05 Leito: 419
Internação 27/07/2016 10:33 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada
Não

Resumo Clínico

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE PATELA DIREITA - PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS - RECEBE ALTA HOSPITALAR PARA ACOMP. AMBULATORIAL.

Exames Realizados

RX JOELHO DIREITO

Terapêutica Utilizada

TRATAMENTO CIRURGICO

Diagnóstico

S820 - FRATURA DA ROTULA [PATELA]

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S820	FRATURA DA ROTULA [PATELA]

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 31/07/2016

Observações Complementares

ENCAMINHO AO NAC - MARCAR CONSULTA COM DR. THIAGO LEAL - TRAUMATOLOGIA - EM 14 DIAS
REALIZAR RX JOELHO DIREITO EM AP E PERFIL NO RETORNO AMBULATORIAL

Responsável

Médico: MARCELO NOGUEIRA LIMA

Data: 31/07/2016

Dr. Marcelo Nogueira Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 11.115 CRM-PB 23.719

	Agendamento	
Retorno	Raios-x	
Data: 16/08/16	Data: 15/08/16	Data:
Hora: 16 horas	Hora: 9 horas	Hora:
Código 61716	Código	Código



FLS. 15

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
A DOMINANTE - CF

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO SEVERINO DE SOUZA,RG nº 1332403-87, data de expedição 06/07/,Órgão SSP, portador do CPF nº 387.545.093-00, com
domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA ODILIO FIGUEIREDO, nº 1206,complemento JOÃO CABRAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MÁRCIO DUARTE LEITE, cujo o condutor eraMÁRCIO DUARTE LEITE.Veículo: MOTO CRYPTONModelo: YAMAHAAno: 2014Placa: DRW 3538Chassi: 9C6KE1550E0028772Data do Acidente: 20/07/2016Local e Data: AV. AILTON GOMES PROX. AO COLEGIO RATTI BARROSAFrancisco Severino de Souza

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Márcio Duarte Leite

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

(Sem reconhecimento de firma)

CARTÓRIO PARIZ
 reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) a firma de: FRANCISCO
 SEVERINO DE SOUZA DOU FÉ. Juazeiro do Norte-Ceará,
 21/09/2016.

Maxwell Pariz Xavier

[EM 2,30][FEQ 15][SE 0,94][FAQ 0,11][ISS 05][TT 3,52]

CARTÓRIO PARIZ
 JOSE CARLOS MONTENEGRO
 RECONHECIMENTO
 FIRMAS
 n.º CB 720103

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARCIO DUARTE LEITEPORTADOR(A) DO RG Nº 200201402279-3 EXPEDIDO POR SSP-CE SSPDC-CF EM 11/04/2012CPF 094898473-09 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcio Duarte Leite, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 98958-6
OP 013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

de _____
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

FLS. 17

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CEECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 12300802 - AL JUAZEIRO DO NORTE

JUAZEIRO DO NORTE

- CE

CNPJ : 34026316240848 Tel : -

Ins Est. : 068420460

COMPONENTE DO CLIENTE

Cliente : SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF : 09248608000104
Doc Post : 215578725
Contrato : 9312280636 Cod. Adm : 11205709
Cartao : 62267655

Movimento : 28/12/2016 Hora : 11:45:49
Caixa : 78995465 Matrícula : 88604780
Lancamento : 032 Atendimento : 00024
Modalidade : A Faturar ID Tiquete : 1243681632

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT	1	21,75+

Valor do Porte(R\$) : 21,75
CNPJ/CPF Remet : 02489847309
Nome Remetente : MARCIO DUARTE
Endereco Remet : RUA Rua Vereador Jose Xavi
Cont Endereco : er de Oliveira, 469 - Pira
Cep Remetente : 63034-118
Cidade Remet : JUAZEIRO DO NORTE
UF Remet : CE

SEDEX DPVAT ESPELHO	1	41,96+
Valor do Porte(R\$)	41,96	
Cep Destino : 20031-205 (RJ)		
Peso real (KG)	0,065	
Peso Tarifado	0,065	
OBJETO : SN651498436BR		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 63,71

Valor Declarado nao solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor, faca seguro,
declarando o valor do objeto.

A FATURAR

Reconheço a prestacao do(s) servico(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentacao de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderao sofrer variacoes de
acordo com as clausulas contratuais

Nome:

RG:

Ass. Responsavel

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6536/78

De 25/11 a 31/12 devido aumento nos servicos
de encomendas, estão acrescidos 2 dias uteis
de tolerancia no prazo de entrega.

VIA-CLIENTE

SARA 7.6.02

FLS. 18

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

SN 64924726 1 BR

Ag: 12300802 - AC JUAZEIRO DO NORTE

JUAZEIRO DO NORTE
CNPJ....: 34028316240848 Tel.:
Ins Est.: 068420960

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 201342882
Contrato....: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartão....: 62267655

Movimento...: 21/05/2016 Hora.....: 15:49:29
Caixa.....: 7744 Matrícula...: 81797753
Lancamento.: 044 Atendimento.: 00029
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1200279068

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)...	21,75	
CNPJ/CPF Remet : 02489847309		
Nome Remetente.: MARCIO DUARTE LEITE		
Endereço Remet.: RUA Rua Vereador Jose Xavi		
Cont. Endereço...: er de Oliveira,469/ 353 -		
Cep Remetente...: 63034-118		
Cidade Remet...: JUAZEIRO DO NORTE		
UF Remet...: CE		
SEDEX DPVAT ESPELHO	1	41,96+
Valor do Porte(R\$)...	41,96	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (KG).....: 0,079		
Peso Tarifado.....: 0,079		
OBJETO.....: SN649247261BR		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 63,71

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor, faça seguro,
declarando o valor do objeto.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

None: RG:
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

CAC - Capitais e Regiões Metrop. 30030100
Demais Localidades: 08007257282 Sugestões e
Reclamações:08007250100-www.correios.com.br

VIA-CLIENTE

SARA 7.5.02

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 12300802 - AC JUAZEIRO DO NORTE

JUAZEIRO DO NORTE
CNPJ....: 34028316240848 Tel.:
Ins Est.: 068420960

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 196313844
Contrato....: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartão....: 62267655

Movimento...: 21/05/2016 Hora.....: 15:49:29
Caixa.....: 7744 Matrícula...: 81797753
Lancamento.: 012 Atendimento.: 00009
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 110461852

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)...	21,75	
CNPJ/CPF Remet : 02489847309		
Nome Remetente.: MARCIO DUARTE LEITE		
Endereço Remet.: RUA Rua Vereador Jose Xavi		
Cont. Endereço...: er de Oliveira,469 - Pira		
Cep Remetente...: 63034-118		
Cidade Remet...: JUAZEIRO DO NORTE		
UF Remet...: CE		
SEDEX DPVAT ESPELHO	1	60,24+
Valor do Porte(R\$)...	60,24	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (KG).....: 0,130		
Peso Tarifado.....: 0,130		
OBJETO.....: SN649234254BR		

REGISTRO NACIONAL....: 4,30

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 66,25

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor, faça seguro,
declarando o valor do objeto.

SN 64923425 4 BR

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

None: RG:
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

De 28/07 a 18/09, período das olimpíadas,
o prazo de entrega está ampliada de/para a
região metropolitana do Rio de Janeiro.

VIA-CLIENTE

SARA 7.5.02

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: **Center Aço Comercial Ltda**
 CCO/CPF/CEI: **13.821.529/0001-18**
 ENDEREÇO: **Av. Padre Cícero, 3361**
 INICIAIS: **5 do Norte**
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: **comércio**
 CARGO: **motomista**

DATA DE ADMISSÃO: **10 de março de 2014**
 REGISTRO Nº: **02**
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: **R\$ 1.160,00 (um mil e seiscentos reais)**

DATA DE SAÍDA: **08 de agosto de 2014**
 SUPERVISOR ADMINISTRATIVO: **Carla Lucia Ferreira**
 GERENTE: **Fco. Cesar Ferreira**

COM. DISPENSA CD Nº: _____
 FGTS Nº DA CONTA: _____

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: **Vm. Loção Autocenter Ltda me**
 CCO/CPF/CEI: **20.962.928/0001-64**
 ENDEREÇO: **Av. Joaquim Pinheiro**
 MUNICÍPIO: **CRATO**
 UF: **CE**
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: **comércio**
 CARGO: **MOTOMISTA**

DATA DE ADMISSÃO: **02 de janeiro de 2015**
 REGISTRO Nº: **01**
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: **R\$ 1.072,62**

DATA DE SAÍDA: _____
 ASS. DO EMPREGADOR OU A RENOVAÇÃO DO CONTRATO: _____

COM. DISPENSA CD Nº: _____
 FGTS Nº DA CONTA: _____

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

165.30722.69-7

0756042

003-0

CE

Assinatura do Titular: **Marcio Duarte Leite**

Foto do Titular

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

MARCIO DUARTE LEITE

FILIAÇÃO: **MARCELO PASSOS LEITE**
 NOME: **MARIA GONCALVES DUARTE LEITE**
 NASCIMENTO: **21/09/1986**
 SEXO: **MASCULINO**
 ESTADO CIVIL: **SOLTEIRO**
 NATURALIDADE: **JUAZEIRO DO NORTE - CE**
 DOCUMENTO: **RG 2002014022793 SSP CE**
 LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
 CPF: **024.898.473-09**
 CNH: _____
 TIT. ELEITOR: **62233840701**
 SEÇÃO: _____
 ZONA: **069**

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: **IDT - JUAZEIRO DO NORTE - 01/10/2008**

Assinatura do Emissor: **Marcio Duarte Leite**

SECRETARIA DA J. DO NORTE - CE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA BANHOS ROQUE, liberado nos autos em 07/06/2018 às 21:44. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0049339-45, 2017, 8, 06, 01, 12 e código 37D1A30.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Marcio Duarte Leite
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002014022793 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/4/2002

NOME MARCIO DUARTE LEITE

FILIAÇÃO MARCELO PASSOS LEITE E MARIA GONCALVES DUARTE LEITE

NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE-CE DATA DE NASCIMENTO 21/9/1986

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 13996 L A/53 F 7 AURORA/CE

Marcio Duarte Leite
ASSINATURA DO DIRETOR

FLS. 20

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
024.898.473-09

Nome
MARCIO DUARTE LEITE

Nascimento
21/09/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
6C6E.2736.D11D.CA7A

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
às 09:15:47 do dia 04/11/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

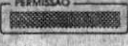
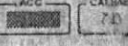
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME MARCIO DUARTE LEITE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2002014022793 SSP CE

CPF 024.898.473-09 DATA NASCIMENTO 21/09/1986

FILIAÇÃO MARCELO PASSOS LEITE MARIA GONCALVES D LEITE

PERMISSÃO  ACB  CALIBRE 70

Nº REGISTRO 04682556586 VALIDADE 28/08/2017 1ª HABILITAÇÃO 30/06/2009

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV. REMUNERADA;

Marcio Duarte Leite
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO 28/09/2012

Francisco Julio Dias Cavalcanti
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 630743484

PROIBIDO PLASTIFICAR 630743484

Sistema Único de Saúde

MARCIO DUARTE LEITE

Data Nasc.: 21/09/1986 Sexo: M

706 5043 4427 2195



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.
Válido em todo o território nacional.

SUS 

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: MARCIO DUARTE LEITE
Endereço: RUA VEREADOR JOSE XAVIER DE OLIVEIRA 353
Bairro: PIRAJA
CEP: 63010-000
Prontuário: 115241
Idade: 29 ano(s) 10 mes(es) e 10 dia(s)
UF: CEARÁ Sexo: Masculino
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO- Enfermaria: 05 Leito: 419
Internação 27/07/2016 10:33 Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE PATELA DIREITA - PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS - RECEBE ALTA HOSPITALAR PARA ACOMP. AMBULATORIAL.

Exames Realizados

RX JOELHO DIREITO

Terapêutica Utilizada

TRATAMENTO CIRURGICO

Diagnóstico

S820 - FRATURA DA ROTULA [PATELA]

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S820	FRATURA DA ROTULA [PATELA]

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: 31/07/2016

Observações Complementares

ENCAMINHO AO NAC - MARCAR CONSULTA COM DR. THIAGO LEAL - TRAUMATOLOGIA - EM 14 DIAS REALIZAR RX JOELHO DIREITO EM AP E PERFIL NO RETORNO AMBULATORIAL

Responsável

Médico: MARCELO NOGUEIRA LIMA

Data: 31/07/2016

Agendamento		
Retorno	Raw-x	
Data: 16/08/16	Data: 15/08/16	Data:
Hora: 16 horas	Hora: 9 horas	Hora:
Código 61716	Código	Código

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde
J. DO NORTE - CE

FLS. 22

FISIOTERAPIA

NOME:

Márcio Duarte Leite

FISIOTERAPIA 15 SESSÕES

DIAGNÓSTICO:

Pd5 - ORBITÁRIO OSTEOSSINTÉTICO PATELA (O)

JUAZEIRO DO NORTE, 31 DE JULHO DE 2016

MÉDICO

CNPJ/MF - 05.268.526/0002-51

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Triângulo - CEP 63.041-162 - Juazeiro do Norte - CE - Telefone: (88) 3566-3600
Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente

MÁRCIO DUARTE LEITE

esteve internado no Hospital Regional do Cariri para tratamento clínico e cirúrgico, a partir do dia 22/07/2016. Necessita de repouso por um período de 90 dias a contar da data de internação.

CID 10: S82.0


Dr. Leonardo Taitiro Miyazawa
Ortopedia / Traumatologia
CREMECE 16778

MÉDICO

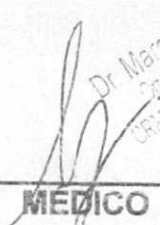
Juazeiro do Norte – CE, 28 de julho de 2016.

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente MARCIO OLIVEIRA LIMA, encontra-se internado no Hospital Regional do Cariri desde 22/07/16 para tratamento cirúrgico. Recebe alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial após tratamento cirúrgico realizado.

SOLICITO ATESTADO DO TRABALHO POR 90
(NOVENSA) DIAS.

CID 10: 582.0


MÉDICO

Juazeiro do Norte – CE, 31 de 07 de 2016.

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

SECRETARIA
DA 1ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

Márcio Gomes Leite

VIA ORAL

1- CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPS.

Tomar 1 cp de 6/6 horas – 07 DIAS

2- CETOPROFENO 100 MG-----01 CX

Tomar 01 cp por dia durante 07 DIAS

3 – DIPIRONA 500 MG -----01 CX

Tomar 02 comprimidos até de 6/6 hs – em caso de dor

4 – OMEPRAZOL 20 MG -----01 CX

Tomar 01 comprimido em jejum por 07 dias

Luciene
TREGUE
Foliclinica

JUAZEIRO DO NORTE/CE, 31 DE 07 DE 2016

MÉDICO

CNPJ/MF – 05.268.526/0002-51

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n - Triângulo – CEP 63.041-162 – Juazeiro do Norte – CE - Telefone: (88) 3566-3600
Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.