



Daniel Farias Porto
Advocacia

PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: PAULO CENA OLIVEIRA RAMOS
RG: 96002284081 SSP CE
CPF: 620.590.173-00
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: CASADO
Profissão: DEBATEDOR DE MARGINA
Residente: PUA CHAGAS BARBOSA Nº 78
Cidade: HORIZONTE Estado: CEARÁ CEP: 62880-000
Telefone: 085 986333726

OUTORGADO: DR. DANIEL FARIAS PORTO, brasileiro, divorciado, advogado, OAB-CE nº 20334 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS, solteira, advogada, OAB - CE nº 21113, com escritório na cidade de Fortaleza/Ce, Avenida Santos Dumont, nº 304, Sala 402, Centro, CEP 60160-150 Fone: (85) 3047-8110 / 98933-4070

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial de relacionamento ao **SEGURO DPVAT**, em que o outorgante figure em qualquer dos polos, podendo responder, receber e levantar alvará judicial ou guia de retirada, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, 25 de Julho de 2019

PAULO CENA OLIVEIRA RAMOS

OUTORGANTE



Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: PAULO CENA OLIVEIRA RAMOS
CPF: 020580173-00
ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: OPERADOR DE MAQUINA

Declaro para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandarem juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na **Carta Constitucional de 1988**, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da **Lei 1.060/50** (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o artigo 1º da **Lei 7.115** de 29 de agosto de 1983, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza – Ce, 25 de julho de 2019

PAULO CENA OLIVEIRA RAMOS
DECLARANTE



Daniel Farias Porto
Advocacia

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, PAULO CENA OLIVEIRA RAMOS declaro 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. DANIEL FARIAS PORTO – OAB/CE 20.334 e Dra. ALESSANDRA ERIKA MAIA BARROS – OAB/CE 21.113**, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce 25 de julho 2019

X PAULO CENA OLIVEIRA RAMOS
DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
PAULO CENA OLIVEIRA RAMOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
96002294081 SSPDS CE

CPF
620.590.173-00

DATA NASCIMENTO
09/07/1975

FILIAÇÃO
JOSE HUMBERTO OLIVEIRA RAMOS
MARIA ONETE OLIVEIRA RAMOS

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
04106949697

VALIDADE
13/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
05/05/2007

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

PAULO CENA OLIVEIRA RAMOS

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
28/01/2016

65955496286
CE151685657

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1233591664

PROIBIDO PLASTIFICAR
1233591664

Vitória

Paulo Cena

085) 996.73.1726
996.73.1726
28.01.2016

Nº DO CLIENTE
5956922

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 07.047.251/0001-70 | CEF 06.105.948-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 573170008

Rota 04 20070 13 176600 - 4 Data de Emissão 08/05/2019

Nome **PATRICIA APARECIDA OLIVEIRA RAMOS**

End. Postal **RU CHAGAS BARBOSA 00076**
CENTRO - HORIZONTE - 62880000

Medidor 23560964 Poste 0000 0000

Classe **B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO**

RG / CPF / CNPJ 865047893-04 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2019	08/05/2019	08/06/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos	Mês	Valor
Conjuntos	Mar/2019	EUGO 42,13
Mês	DICRI = 0,00 P	

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
117,76	27,00%	31,79

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
5284.2F09.7AD4.5062.BA0C.65F4.335A.6D36

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 14199	14041	1,00	157	0,00	157	0,75000	117,76
08/05/19	05/04/19		33 DIAS		157		117,76

VALOR (R\$)

Descrição	Valor (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	117,76
MULTA MORATORIA REF 04/2019	1,97
JUROS DO MES	0,46
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	17,58
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,56)	

VENCIMENTO 15/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 137,77

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	44,84
Transmissão	3,55
Distribuição	26,34
Encargos Setoriais	5,97
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	37,06
TOTAL	117,76

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
159	157	136	176	152	164	149	194	151	145	158	158	168	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	Consciência Ecológica (% CO ₂)
Emitido kg (CO ₂) 61,29	Compensado kg (CO ₂) 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Daniel César Oliveira Ramos

vítima de acidente de trânsito, em 19/03/16, sofreu:

fractura do Clavícula e
Músculo em ambas as mãos
CID - S92.0, S20.2

e submeteu-se a tratamento(s):

Tratamento conservador com
imobilização gessada
medicamentosa. Fisioterapia

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Deficiência no membro
clavicular espirodo
limite inferior do
membro com com o
função de um membro
unifido ouco orticula de
quatro. Com prome funto
praxial. O ps me de
de ficiencia

31/05/2016

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CREMEC 4411 /

Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeota - Fortaleza - Ceará.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 461 - 1702 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/05/2016 10:07:24**
Data / Hora da Ocorrência: **19/03/2016 17:30:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro: **PLANALTO DA GALILEIA** Município: **HORIZONTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO CENA OLIVEIRA RAMOS**
Nascimento: **09/07/1975** CPF:
RG: Órgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA ONETE OLIVEIRA RAMOS**
JOSE HUMBERTO OLIVEIRA RAMOS
Endereço: **RUA CHAGAS BARROSO, 76**
Bairro: **CENTRO** CEP:
Município: **HORIZONTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9673-1726**

Histórico

Informa a vítima que no dia, hora e local supracitados estava conduzindo a MOTOCICLETA HONDA/ NX 400i FALCON, ANO 2014/2015, PLACA PMY 2380, CHASSI: 9C2ND1010FR302330, RENAVAM: 01021716576 REGISTRADO EM NOME DE FRANCISCO TIAGO PEREIRA DE QUEIROZ, quando colidiu em um animal vindo a perder o controle da motocicleta e caindo da mesma: Que foi socorrido para UPA-LOCAL por populares; Que no dia 21/03/2016 foi ao HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA, nesta urbe: Que sofreu escoriações pelo corpo e fratura na clavícula; Que tem como testemunha a pessoa de ISAGELA PONTES DE SOUSA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE HORIZONTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO LUZARDO DA SILVA - MAT.: 300455-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

+ PAULO CENA OLIVEIRA RAMOS

VISTO DO DELEGADO(A):

AMANDO ALBUQUERQUE SILVA - MAT.: 198823-1-4

+ Iságela Pontes de Sousa

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
HORIZONTE - CEARÁ

UPA24
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/08/2019 às 10:11, sob o número 016381485201908060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0163814-85-2019-8-06-9001 e código 45210F7.

AMARELO

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
HORIZONTE - CEARÁ

fls. 19

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		NOTURNO	
1600396296	19/03/2016 19:43:07	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
Paciente	PAULO CENA OLIVEIRA RAMOS	09/07/1975	40 A 8 M 10 D		Prontuário
Tipo Doc	Documento	Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE				M	SOLTEIRO(A)
Mãe	MARIA ONETE OLIVEIRA RAMOS	Pal	JOSE HUMBERTO OLIVEIRA RAMOS	Raça/Cor	Naturalidade
Endereço	AVENIDA - CHAGAS BARBOSA - 76 - CENTRO - HORIZONTE - CE	Contato	(85) 98211-0626		Importado QUIXADA - CE
		Ocupação	NÃO INFORMADA		
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
AMARELO	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		PSFZUMBI - (PS		Pressão
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			150 x
URGÊNCIA / EMERGENCIA	DEMANDA ESPONTANEA				Registrado por:
					FABIO.SOUSA
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				
DOR EM MSE					
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Dr. Alessandro Teixeira CREMEC: 13.922				
Exame Físico	06 05 16				
Hipótese Diagnóstica	Falta de visão				
SADT - Exames Complementares	☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:				
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
(1) Cap-tem 250 01 gr. (2)					
(3) Imprimid 100 01 gr. (4)					
(5) A-091 100 01 gr. (6) Amit 100 01 gr. (7)					
(8) B-091 100 01 gr. (9) B-091 100 01 gr. (10)					
(11) B-091 100 01 gr. (12) B-091 100 01 gr. (13)					
(14) B-091 100 01 gr. (15) B-091 100 01 gr. (16)					
Condução	☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório				
☒ Alta a Pedido	☒ Observação (Até 24h)				
☐ Alta a Révelia	☐ Internação				
☐ Transferência para:	Data e Hora da Saída/Alta:				
óbito	☐ IM. Alessandra Teixeira				
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não	CREMEC: 13.922				
Destino: ☐ Família					
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: katiane.matos					
Data Hora: 19/03/2016 19:53:47					



1600396296

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE



SECRETARIA DA SAÚDE



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE			
Nome Completo:	Dr. Alessandro Teixeira		
CRM:	13 922	UF:	CE
Endereço completo e telefone:	R. Chico Mendes, 171, P. 1, Bairro São João, Fortaleza, CE		
Cidade:	Fortaleza	UF:	CE
		CREMEC:	13.922

Paciente: Paulo Gomes Oliveira R. 1

Endereço: R. Chico Mendes, 171, P. 1, Bairro São João, Fortaleza, CE

Prescrição: 1 comprimido 8/8 h

Data: 19/03/16

Dr. Alessandro Teixeira
Assinatura e Carimbo do Médico

Identificação do Comprador	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Data:	/ /
Assinatura do Farmacêutico	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE



SECRETARIA DA SAÚDE



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

Dr. Sandro Teixeira

CRM:

13.922

UF:

SE

Nº 2021

Endereço completo e telefone:

Av. Beira Rio

UF:

Dr. Alessandro Teixeira

Cidade:

Porto Alegre

CREMTC: 13.922

Paciente:

Paulo Roberto Oliveira R.

Endereço:

Av. Chagas Farias, 176, Bloco 1

Prescrição:

Uma caixa

① / ronyxik

on q. 8/8 hav

Data:

19/13/16

Dr. Alessandro Teixeira
Assinatura e Carimbo do Médico

Identificação do Comprador

Nome:

Ident.:

Org. Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Data:

Assinatura do Farmacêutico

Av. Presidente Castelo Branco, nº 4817 • Centro • CEP: 62.880-000 • CNPJ: 23.559.196/0001-86 • PABX (85) 3336.6000 • Fax (85) 3336.6020

www.horizonte.ce.gov.br

Horizonte-CE

www.horizonte.ce.gov.br



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE



SECRETARIA DA SAÚDE



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM:

UF:

Endereço completo e telefone:

Cidade:

UF:

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data:

Assinatura e Carimbo do Médico

Identificação do Comprador

Nome:

Ident.:

Org. Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Data:

Assinatura do Farmacêutico

Av. Presidente Castelo Branco, nº 4817 - Centro - CEP: 62.880-000 - CNPJ 23.555.196/0001-86 - PABX (85) 3336.6000 - Fax (85) 3336.6020

prefeitura.horizonte.ce.gov.br

horizonte.ce.gov.br

www.horizonte.ce.gov.br



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM:

UF:

Endereço completo e telefone:

Cidade:

UF:

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data:

Assinatura e Carimbo do Médico

Identificação do Comprador

Nome:

Ident.:

Org. Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Data:

Assinatura do Farmacêutico

Av. Presidente Castelo Branco, nº 4817 • Centro • CEP: 62.880-000 • CNPJ 23.555.196/0001-86 • PABX (85) 3336.6000 • Fax (85) 3336.6020
prefeitura.horizonte.ce.gov.br horizonte.ce.gov.br www.horizonte.ce.gov.br





ESTADO DO CEARA
PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

Nota Nº
0000000997
SÉRIE
ELETRÔNICA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Data de Geração	08/04/2016	Competência	ABR/2016	Nº da NFS-e Substituída	0
Nº do RPS	0	Local da Prestação	HORIZONTE-CE	Optante do Simples	SIM

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

Razão Social CLAMT CLINICA DE ASSIST MEDICA E MED DO TRABALHO
 Nome Fantasia CLAMT HORIZONTE
 Endereço RUA RAIMUNDO NOGUEIRA LOPES, 236 - CENTRO 628 Cidade HORIZONTE
 CPF/CNPJ 00.921.758/0001-62 Insc. Municipal 191 Insc. Estadual 0



DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social PAULO CENA OLIVEIRA RAMOS E-mail
 Endereço RUA CHAGAS BARROSO, 76 CENTRO HORIZONTE-Ce
 CPF/CNPJ 620.590.173-00 Insc. Municipal 0 Insc. Estadual

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS EM MARÇO DE 2016

CODIGO DA ATIVIDADE/SERVIÇO

403 / 863050600 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pronto-socorros

INFORMAÇÕES PARA SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO CIVIL

CÓDIGO DA OBRA

ART DA OBRA

TRIBUTOS FEDERAIS

PIS	0,00	COFINS	0,00	INSS	0,00	CSLL	0,00	IRRF	0,00
-----	------	--------	------	------	------	------	------	------	------

VALORES DO PRESTADOR

INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO

CÁLCULO DO ISS

Valor dos Serviços	150,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Desconto condicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00
Outras Retenções	0,00
(-) ISS Retido	0,00
(=) Valor Líquido	150,00

Natureza da Operação
Tributada no Município
 Regime Especial de Tributação
0-Nenhum
 Código de Validação/Link
maSvHT0-cS1n

Valor dos Serviços	150,00
(-) Deduções Legais	0,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00
Base de Cálculo	150,00
(X) Alíquota do ISS	2,00%
ISS a Reter	() Sim (X) Não
(=) Valor do ISS	3,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 24,49 FONTE: IBPT

OUTRAS INFORMAÇÕES

Impressa em: 08/04/16 12:34



ESTADO DO CEARA
PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

Nota Nº
0000000997
SÉRIE
ELETRÔNICA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Data de Geração	08/04/2016	Competência	ABR/2016	Nº da NFS-e Substituída	0
Nº do RPS	0	Local da Prestação	HORIZONTE-CE	Optante do Simples	SIM

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

Razão Social CLAMT CLINICA DE ASSIST MEDICA E MED DO TRABALHO
 Nome Fantasia CLAMT HORIZONTE
 Endereço RUA RAIMUNDO NOGUEIRA LOPES, 236 - CENTRO 628 Cidade HORIZONTE
 CPF/CNPJ 00.921.758/0001-62 Insc.Municipal 191 Insc. Estadual 0



DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social PAULO CENA OLIVEIRA RAMOS E-mail
 Endereço RUA CHAGAS BARROSO, 76 CENTRO HORIZONTE-Ce
 CPF/CNPJ 620.590.173-00 Insc. Municipal 0 Insc. Estadual

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS EM MARÇO DE 2016

CODIGO DA ATIVIDADE/SERVIÇO

403 / 863050600 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pronto-socorros

INFORMAÇÕES PARA SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO CIVIL

CÓDIGO DA OBRA

ART DA OBRA

TRIBUTOS FEDERAIS

PIS	0,00	COFINS	0,00	INSS	0,00	CSLL	0,00	IRRF
-----	------	--------	------	------	------	------	------	------

VALORES DO PRESTADOR

INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO

CÁLCULO DO ISS

Valor dos Serviços	150,00	Natureza da Operação	Valor dos Serviços
(-) Desconto Incondicionado	0,00	Tributada no Município	(-) Deduções Legais
(-) Desconto condicionado	0,00	Regime Especial de Tributação	(-) Desconto Incondicionado
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo
Outras Retenções	0,00	Código de Validação/Link	(X) Alíquota do ISS
(-) ISS Retido	0,00	maSvHT0-cS1n	ISS a Reter () Sim (X) Não
(=) Valor Líquido	150,00		(=) Valor do ISS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 24,49 FONTE: IBPT

OUTRAS INFORMAÇÕES

Impressa em: 08/04/16 12:34

RECEITUÁRIO COMUM



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



UNIDADE DE SAÚDE:

PACIENTE:

RA:

Suave
Rx de Ações Costais em
AP + Rx das Clavículas
em AP.

DENGUE

Saiba que
Dengue tem cura
espontânea;

Evite tomar AAS,
Diclofenaco

Beba bastante água

Evite esforços físicos

Elimine os focos
da sua casa

Procure o Hospital
se surgirem sinais
como:

1. Dor na barriga que
não passa;
2. Vômitos frequentes
em poucas horas
3. Desmaios e suor
frio com tonturas
4. Muita sede que
não passa
5. Sangramentos
do nariz, boca,
vômitos, urina
e/ou fezes pretas.

HORIZONTE,

05.05.16

ASSINATURA

DATA				
PA SENTADO				
PA DEITADO				
PROVA DO LAÇO				
TEMP. AXILAR				

Av. Presidente Castelo Branco, nº 4817 • Centro • CEP: 62.880-000 • CNPJ 23.555.196/0001-86 • PARX (85) 3336.6000 • Fax (85) 3336.6020



@prefeitura.horizonte



@horizonteCe



www.horizonte.ce.gov.br



RECEITUÁRIO COMUM



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
HORIZONTE



SECRETARIA
DA SAÚDE



UNIDADE DE SAÚDE: _____

PACIENTE: _____

RA: _____

SOLITO
Rx de Ações Costais em
AP + Rx das Clavículas
em AP.

DENGUE

Saiba que
Dengue tem cura
espontânea;

Evite tomar AAS,
Diclofenaco

Beba bastante água

Evite esforços físicos

Elimine os feços
da sua casa

Procure o Hospital
se surgirem sinais
como:

1. Dor na barriga que
não passa;
2. Vômitos frequentes
em poucas horas
3. Desmaios e suor
frio com tonturas
4. Muita sede que
não passa
5. Sangramentos
do nariz, boca,
vômitos, urina
e/ou fezes pretas.

HORIZONTE, _____

05/05/16

ASSINATURA

DATA				
PA SENTADO				
PA DEITADO				
PROVA DO LAÇO				
TEMP. AXILAR				

Av. Presidente Castelo Branco, nº 4817 • Centro • CEP: 62.880-000 • CNPJ 23.555.196/0001-80 • PABX (85) 3336.6000 • Fax (85) 3336.6020



prefeitura dehORIZONTE



Horizonte



www.horizonte.ce.gov.br



SIS DPVAT - Sinistros

SIS DPVAT Sinistros

Seguradora LIDER das
Companhias de Seguro DPVAT

Cadastro: 06/01/1991 Alterar Senha Encerrar Sessão

Sinistro		Resumo	
33 Aviso Seguradora Lider		ASL	
Filtros		AS	
1a Emissão processo			
☐ Agredido			
Revisão			

Sinistro Teórico

ASL: ASL-091834/16
Nº do sinistro: 3160362255
Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.
Dependência: 0555
JM Projetos & serviços Ltda EPP

Núm. Sequência: 1
☐ Prioritário

Natureza do sinistro: Invalidez
Status: Pagamento emitido

DADOS SINISTRO

Data da reclamação: 09/06/2016
Data do último documento entregue: 15/09/2016

Data do sinistro: 19/03/2016
Horário: 00:00

DADOS DA VÍTIMA

Vítima: PAULO CENIA OLIVEIRA RAMOS
CPF: 620.590.173-00
Titular do CPF: PAULO CENIA OLIVEIRA RAMOS

Data de nascimento: 09/07/1975
Sexo: Masculino

AVALIAÇÃO

Data da Perícia Médica: 15/09/2016
Data da AMD: 09/09/2016

Valor a pagar Perícia Médica: 2.531,25
Valor a pagar da AMD: 0,00

Sinistro em processo de regulação. Não é possível receber documentos.

Ações:

Página 1 de 1 Visualizar 1 item de 1

PR 10:25 21/09/2016

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, _____, portador da
carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº _____
residente e domiciliado na

Cidade _____
Estado _____, declaro, sob as penas da lei,

que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de
requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias
para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com
prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para
a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre,
solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a
apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à
perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e
aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa
prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso
discorde do seu conteúdo.

PAULO CENA OLIVEIRA RAMOS

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

Local e data

Eu, PAULO PENA OLIVEIRA RAMOS, portador da carteira de identidade nº 96002294081 e inscrito no CPF/MF sob o nº 620.520.173-00, residente e domiciliado na Rua CHAFA BARROSA - 76 CENTRO, Cidade HORIZONTE, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X PAULO PENA OLIVEIRA RAMOS

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

HORIZONTE-CE- 31/05/2016

Local e data