

PROCURAÇÃO

Nome: <u>Ulberto Sampaiva de Carvalho</u>	
Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	estado civil: <u>Solteiro</u>
Profissão: <u>Autônomo</u>	
RG: <u>90002146679</u>	SSP/ <u>CE</u> CPF: <u>111.262.643-34</u>
Logradouro: <u>Rua - Mandacaru</u>	
, N° <u>1729</u> , Compl _____	
Bairro: <u>Jangurussu</u>	CEP: <u>60865-290</u>
Cidade: <u>Fortaleza</u>	UF: <u>Pe</u> Tel: <u>85-8881 3049</u> <u>8865-5101</u>

OUTORGADO: Antônio Carlos Macedo Pires, brasileiro, casado, advogado, inscrição na OAB/CE 36.209, com escritório profissional situado na Rua Barão do Rio Branco 1779 Centro, Fortaleza – Ceará, Fone: (85)98685-3187/(85) 3051-3996, endereço eletrônico macedopires.adv@gmail.com, onde recebe intimações, notificações, etc.

PODERES: Para o FORO EM GERAL, com Claúsula “ad-judicia et extra”, para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentando ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas, podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber e dar quitação, endossar cheque, receber alvará em nome do outorgante, dando tido por bom e valioso, com o fim específico para **AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ**, podendo substabelecer com o sem reserva de iguais poderes em todas as instancias da Justiça Estadual deste estado.

Fortaleza (CE), 05 de Setembro de 2018.

X Ulberto Sampaiva de Carvalho

Assinatura

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**NOME:** Alberto Saraiva de Carvalho**RG:** 90002146679 **SSP/CE** **CPF:** 111.262.643-34**DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:****Logradouro:** Rua - Mamolacaru, nº 1729**Complemento:** _____**Bairro** Sanjurucu **CEP:** 60865-290

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 05 **DE** setembro **20** _____

Alberto Saraiva de Carvalho

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Alberto Saraiva de Carvalho

Nacionalidade: Brasileiro Estado ce Estado Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Rg: 90002146679 SSP/CE - CPF: 111.262.643-34

Logradouro: Rua Mandacaru, nº 1729 Bairro: Jangurussu

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 05 de SETEMBRO de 20

Alberto Saraiva de Carvalho

SINISTRO 3180289289 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ALBERTO SARAIVA DE CARVALHO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV**

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO ALBERTO SARAIVA DE CARVALHO**CPF/CNPJ:** 11126264334**Posição em 12-07-2018 11:36:06**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/07/2018	R\$ 8.437,50	R\$ 0,00	R\$ 8.437,50

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Alberto Saratya de Carvalho

90002146679

24.11.58

DATA DE NASCIMENTO

24/11/58

CPF - 711262643-34

DATA DE NASCIMENTO

ASSISTENTE DIRETOR

ALBERTO SARATYA DE CARVALHO
RAIMUNDO MENDES DE CARVALHO
MARIA CLEBER SARATYA DE CARVALHO

PORTALIZA=CE

Cert. Nascim. 142675, Av. A-220, Fls. 206V

Cart. 1a zona-Porto CE

24.11.58

DATA DE NASCIMENTO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

ALBERTO SARATYA DE CARVALHO

711262643-34

24/11/58

DE/CE/CO : me optius

TV 1 JUVEN ORIGINEL O OGOL ME ODITVA

ALBERTO SARATYA DE CARVALHO

24/11/58

DATA DE NASCIMENTO

24/11/58

DATA DE NASCIMENTO

Nº DO CLIENTE
715332-5
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 07047251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 513037166

Rota 09 01220 14 203000 - 0 **Data de Emissão** 14/02/2018

Nome MARIA CLEBER SARAIVA DE CARVALHO

End. Postal RU MANDACARU 01729
JANGURUSSU - FORTALEZA - 60865290

Medidor 4275786 **Poste** 3253 Z455

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 112538513-87 **CGF**

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2018	14/02/2018	13/03/2018

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

Mês	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
Conjunta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
555,30	12,00%	66,64

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
DETERMINAÇÃO DE RESSARCIMENTO

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 0007	0000	1,00	611	0,00	611	0,1147	655,30
14-02-18	15-01-18		30 0143		611		655,30

DESCRIÇÃO
VALOR CONSUMO DO MÊS 555,30
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 73,60

**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 - 1827 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/04/2018 14:22:53**
Data / Hora da Ocorrência: **14/07/2017 09:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PERIMETRAL**
Complemento:
Bairro: **JANGURUSSU** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ALBERTO SARAIVA DE CARVALHO**
Nascimento: **24/11/1958** CPF: **111.262.643-34**
RG: **90002146679** Orgão Emissor: **SSP-CE** UF:
Filiação: **MARIA CLEBER SARAIVA DE CARVALHO**
RAIMUNDO MENDES DE CARVALHO
Endereço: **RUA MANDACARU, 1677**
Bairro: **JANGURUSSU**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.820-050**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98881-3049**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO SHINERAY/50Q DE PLACA PMC-6942, COR VERMELHA, ANO FAB 2015, ANO MOD 2016, E QUE NA DATA DO ACIDENTE ERA REGISTRADA EM NOME DE ALBERTO SARAIVA DE CARVALHO, QUE TRANSITAVA NA AV. PERIMETRAL QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DA TRAJETÓRIA QUE A VITIMA FAZIA COM A MOTO, VINDO A VITIMA COLIDIR COM O CACHORRO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Alberto Saraiva de Carvalho**, no dia **14/07/2017**, às **11h05min**, na **Avenida Perimetral**, no **Bairro Jangurussu**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P083249/2018**.

Fortaleza, 01 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



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 19/04/2018 17:29:44

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 14/07/2017 12:00:17	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 700000656055701	NOME: ALBERTO SARAIVA DE CARVALHO			Registro: 5244547	
CPF:	RG: 90002146679	D. NASC: 24/11/1958	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA CLEBER SARAIVA DE CARVALHO			NOME DO PAI: RAIMUNDO MENDES DE CARVALHO		
TIPO DE LOGRADOURO:	ENDEREÇO DO PACIENTE: 307 Cj São Cristóvão		Nº: 133	BAIRRO: Jangurussu	
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: Fortaleza	UF:	CEP: 60866340	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU USB-02 COND.GONCALO		PARENTESCO: KARINA-ACOMP.		TELEFONE: 985456114	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um pedestre ou um animal					
QUEIXAS: dor torácica, mie e lacerações, apos clisao moto/animal					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
SERVIÇO DE PROTOCOLO - 101 RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 19/04/18 MATRICULA 10-888.1 PROVIDOR(A)					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMUPrefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde**TERMO DE ENTREGA****PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Conforme processo nº **P083249/2018**, estamos entregando ao Sr. **Alberto Saraiva de Carvalho**, CPF: **111.262.643-34**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **14/07/2017**.

Fortaleza, 01 de Março de 2018.

Atenciosamente,

Francisco Rômulo Sampaio Lira
Diretor Médico - SAMU 192
Regional Fortaleza
CPF: 623.995.433-00 - RG: 16920-1

Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

Nome do solicitante: ALBERTO SARAIVA DE CARVALHO

Assinatura: _____

CPF: _____ Data do recebimento: ____/____/____

P. 084279/2018



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 120 02	PONTO DE APOIO: JMF 01	Nº DA OCORRÊNCIA: 0264
DATA: 14/07/18	TURNO: MA	EQUIPE: Ana Lorenna + Robinson + Gonçalo
NOME: Alberto Barreira de Carvalho	IDADE: 58	SEXO: (M)
ENDEREÇO: Av. Parnamirim 2216		
REFERÊNCIA:		BAIRRO: Gato Preto
QTY: 10:50	QUS: 11:05	QUR: 11:35
QUY: 11:54	QUU: 12:20	
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão (ônibus x animal)		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☐ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

A vias aéreas	☐ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____
-------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------

B respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO/PERCUSSÃO	AUSCULTA
☐ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☒ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
☐ BRADIPNEICO				
☐ AGÔNICA/AUSENTE				

C circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☐ NORMOCÁRDICO	☐ CHEIO	☐ CORADA	☐ ≤ 2 seg	☐ SIM
☐ TAQUICÁRDICO	☐ FILIFORME	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO	☐ IMPALPÁVEL	☐ CIANÓTICA		
		☐ SUDOREICA		
		☐ SECA		
		☐ QUENTE		
		☒ FRIA		
	LOCAL: Radial			

D neurológico	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)		
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA ☐ 4	ORIENTADO (A)/SORRI (P) ☐ 5	OBEDECE A COMANDOS ☐ 6	
À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5	
À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4	
NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3	
	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2	
		NENHUMA ☐ 1	
TOTAL: 15			
PUPILAS:	☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		
	☐ ALTERADAS:		

E exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA

FC: 90	PA: x	FR: 16	GLIC.: _____	OXIM.: 98%	TEMP.: _____
--------	-------	--------	--------------	------------	--------------

Submetido por exparte vítima de colisão v. animal, encor-
rentado com poste orientado, verbalizando. Fratura de
mão, possível de fratura de costela (fratura de torção)

No. HOSPGESTOR: 33687

LEITO:

NOME: ALBERTO SARAIVA DE CARVALHO

DATA DE INTERNACAO: 14/ 07/ 2017

DATA DA ALTA: 20/10/2017

BE/PRONT: 5244547

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

NASCIMENTO: 24111958

IDADE: 58

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE PLANALTO (PLATO) TIBIAL ESQ (CONSERVADOR)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-OPERATORIOS: 1.INICIAR FISIOTERAPIA MOTORA COM GANHO DE ADM DO JOELHO ESQUERDO 2.ANALGESIA 3.RETORNO PARA AMBULATORIO DR JONATAS BRITO EM 30 DIAS 4.ENCAMINHO PACIENTE AO CAPS 5.RETORNO AO HOSPITAL SE ALGUMA INTERCORRENCIA

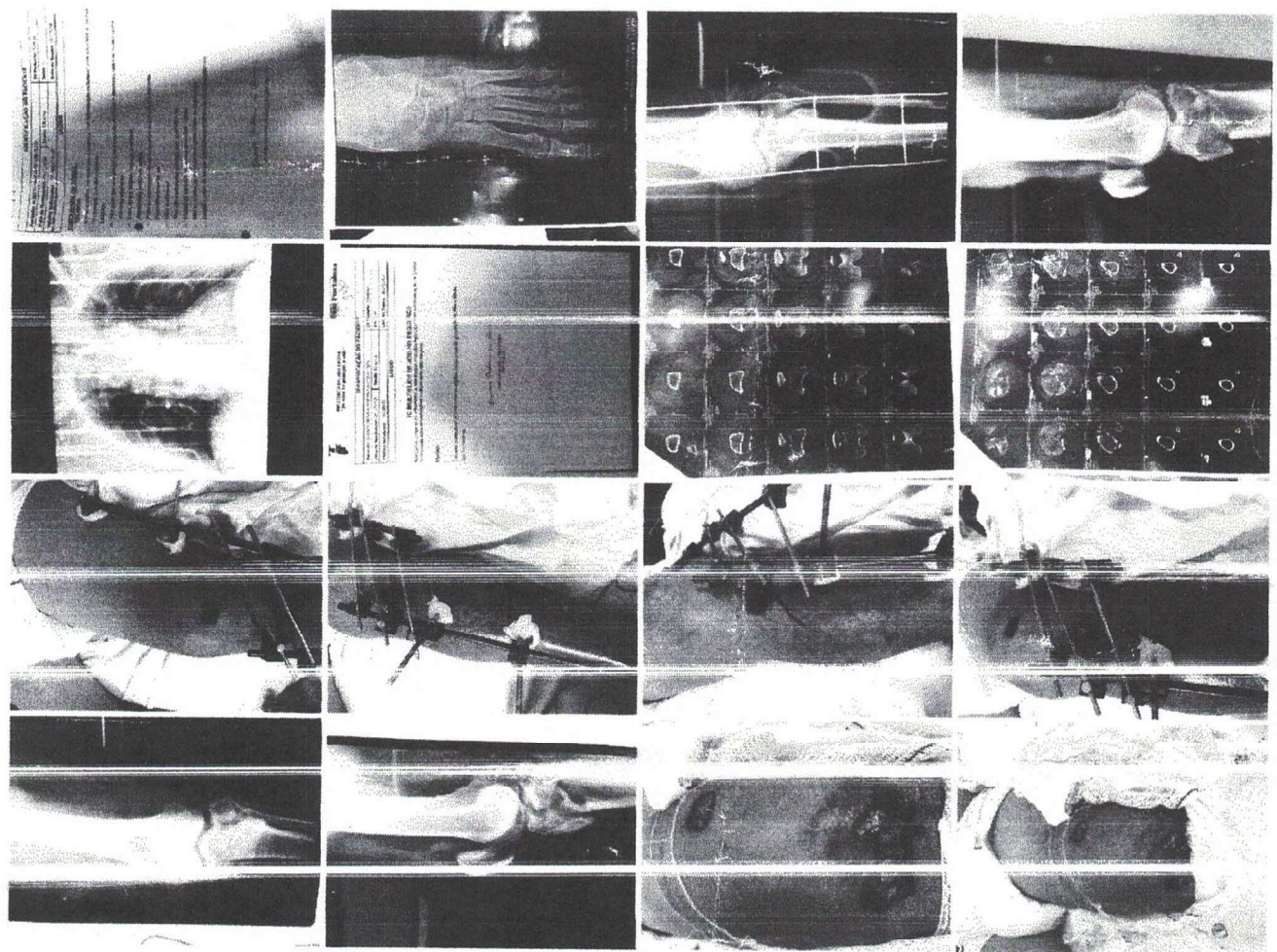
TELEFONE:

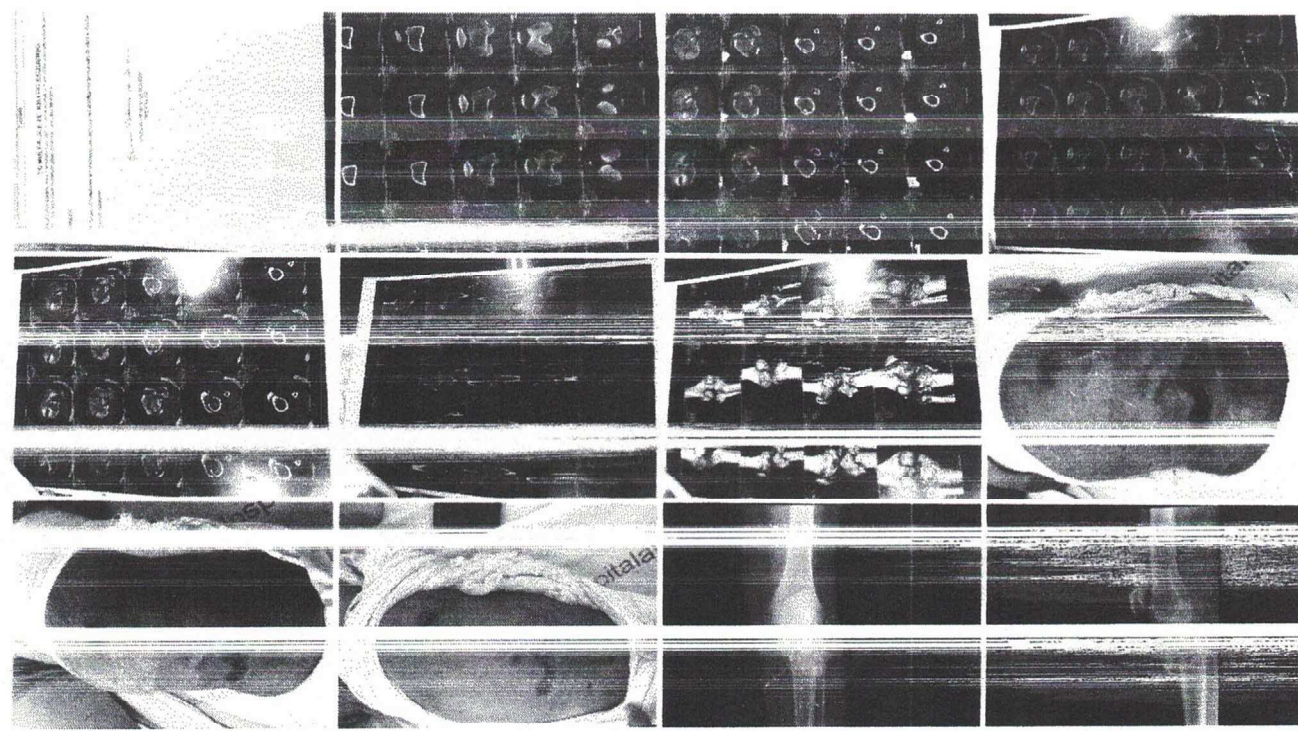
CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: FERNANDO FAÇANHA

RESIDENTE DO LEITO: FELIPE RODRIGUES





Mapa de Cirurgias

Dias Int. #	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
98	0	07:30	2130	CLODOALDO	RESIDENTE INDEFINIDO	CAIXA BASICA + ALICATE DE PRESSAO E CHAVE DE BOCA 10	(SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS)
RETIRAR FIXADOR EXTERNO E COLOCAR TALA INGUINO PODALICA APÓS RETIRADA							MARCADA
							Marcado por: HALINE MAGALHAE em: 28-07-2017 11:01:05

MAPA DO DIA 17/08/2017 - Quinta-Feira

98	1	07:30	2130	JONATAS BRITO	DIEGO FRADE	PLACAS T E L PARA PLATO TIBIAL + CX DE REDUÇÃO DE BACIA + CX PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM + FIOS K 1.5 MM E 2.0 MM + PLACA BICOQUEADA	INTENSIFICADOR DE IMAGENS + MESA
FRATURA DE PLANALTO (PLATO) TIBIAL ESQ (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DE RETROPÉ ESQ (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)							SUSPENSÃO
TREPANO PNEUMATICO MACON							Marcado por: GEORGE WALLACE em: 16.08.2017 13:54:22

Medico-Residente
Traumatologia e Ortopedia
CREMEC 15020

Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. ____

Data: 10/08/17

Imprimir

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

Dr. Felipe Rodrigues B. Mendes

CR:

Felipe Rodrigues B. Mendes
Traumatologia e Ortopedia
CREMEC 15020

GUIA DE PAGAMENTOS DE TAXAS (GPT)		Emissão: 19/11/2017 18:17:03	Vencimento: 19/12/2017
 DETRAN-CE Av. Godofredo Maciel, 2900 - Maraponga CNPJ: 07.135.668/0001-95 CGC: 06.932.822-6 - CEP: 60.713-120 VIA CLIENTE		Nº DAE SEFAZ: 2017.82.0811850-24	
Nome: ALBERTO SARAIVA DE CARVALHO Endereço: RUA MANDACARU Bairro: JANGURUSSU		CPF: 111.262.643-34 Data de Nascimento: 24/11/1958 Sexo: MASCULINO	Nacionalidade: BRASILEIRA Naturalidade: FORTALEZA Município: FORTALEZA/CE
Vencimento da CNH: 14/05/2017			
Serviços	Nº do Extrato: 7.71130120-7	Nº DAE SEFAZ: 2017.82.0811850-24	
Código do Serviço	Descrição do Serviço	Valor do Serviço (R\$)	
03060329	Coleta de Biometria	43,38	
02501235	Confecção de CNH	31,55	
02501236	Exame Medico	82,82	
02501273	Postagem de Documentos	11,83	
02501238	Renovacao de CNH	43,38	
		Valor Total: 212,96	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		Código de Barras: 856500000026 129600062019 712192017820 081185024007	
PAGÁVEL NAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL, BRADESCO, CAIXA ECONÔMICA OU CORRESPONDENTES BANCÁRIOS DOS BANCOS CITADOS ATÉ O VENCIMENTO.			
Atenção: A CNH só será emitida após a conclusão das etapas do processo e a confirmação de pagamento deste boleto.			

 DETRAN-CE GUIA DE PAGAMENTOS DE TAXAS (GPT) VIA BANCO		Nº do Doc: 02.100.1767535.1-0
		Nº DAE SEFAZ: 2017.82.0811850-24
Nome: ALBERTO SARAIVA DE CARVALHO		CPF: 111.262.643-34
Vencimento: 19/12/2017	Emissão: 19/11/2017 18:17:03	Valor Total: 212,96
856500000026 129600062019 712192017820 081185024007 		

GUIA DE PAGAMENTOS DE TAXAS (GPT)		Emissão: 19/11/2017 18:17:03		Vencimento: 19/12/2017	
 DETRAN-CE Av. Godofredo Maciel, 2900 - Maraponga CNPJ: 07.135.668/0001-95 CGC: 06.932.822-6 - CEP: 60.713-120 VIA CLIENTE		Nº DAE SEFAZ: 2017.82.0811850-24			
Nome: ALBERTO SARAIVA DE CARVALHO Endereço: RUA MANDACARU Bairro: JANGURUSSU		CPF: 111.262.643-34 Data de Nascimento: 24/11/1958 Sexo: MASCULINO		Nacionalidade: BRASILEIRA Naturalidade: FORTALEZA Município: FORTALEZA/CE	
Vencimento da CNH: 14/05/2017					
Serviços	Nº do Extrato: 7.71130120-7	Nº DAE SEFAZ: 2017.82.0811850-24			
Código do Serviço	Descrição do Serviço	Valor do Serviço (R\$)			
03060329	Coleta de Biometria	43,38			
02501235	Confecção da CNH	31,55			
02501236	Exame Médico	82,82			
02501273	Postagem de Documentos	11,83			
02501238	Renovação de CNH	43,38			
		Valor Total: 212,96			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		Código de Barras: 856500000026 129600062019 712192017820 081185024007			
PAGÁVEL NAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL, BRADESCO, CAIXA ECONÔMICA OU CORRESPONDENTES BANCÁRIOS DOS BANCOS CITADOS ATÉ O VENCIMENTO.					
Atenção: A CNH só será emitida após a conclusão das etapas do processo e a confirmação de pagamento deste boleto.					

 DETRAN-CE GUIA DE PAGAMENTOS DE TAXAS (GPT) VIA BANCO		Nº do Doc: 02.100.1767535.1-0	
Nome: ALBERTO SARAIVA DE CARVALHO		Nº DAE SEFAZ: 2017.82.0811850-24	
Vencimento: 19/12/2017	Emissão: 19/11/2017 18:17:03	CPF: 111.262.643-34	Valor Total: 212,96

856500000026 129600062019 712192017820 081185024007