

PROCURAÇÃO

NOME:	<u>Helenilson de Melo Santos</u>		
RG:	<u>2002 021 06 0310</u>	CPF:	<u>029. 619. 953-29</u>
NACIONALIDADE:	<u>Bras</u>	ESTADO CIVIL:	<u>CASADO</u>
RESIDÊNCIA:	<u>FZ PARA SEMPRE</u>		
CIDADE:	<u>Mons. TABOSA</u>	ESTADO:	<u>Ceará</u>
		CEP:	<u>63280-000</u>

OUTORGADO: Dra. Ana Maria Albuquerque Machado, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 10.338, com escritório na cidade de Monsenhor Tabosa-Ce, na Rua João Pamplona, nº 05, Centro. Fone: (88) 36961566.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, conferindo-lhe poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento de indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer Juízo com poderes para promover; judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiências e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Mons. TABOSA /Ce. 02 outubro 2019

Helenilson de Melo Santos
Outorgante

DECLARAÇÃO

NOME: Helenilson de Melo Santos
RG: 2002021060310 CPF: 029.619.953.29
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO: Agricultor
RESIDÊNCIA: FZ PARA Sempre
CIDADE: MONS. TABOSA ESTADO: CEARA CEP: 63780-000

. DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

MONS. TABOSA / Ce., 02 de OUTUBRO de 2019

Helenilson de Melo Santos

Declarante

DECLARAÇÃO DE POBREZA

NOME: <u>Helenilson de Melo Santos</u>	CPF: <u>029.619.953-29</u>
RG: <u>2002 021 060310</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>CASADO</u>
PROFISSÃO: <u>AGRICULTOR</u>	
RESIDÊNCIA: <u>FZ PARA SEMPRE</u>	
CIDADE: <u>MONS. TABOSA</u>	ESTADO: <u>PEARA</u>
CEP: <u>63780-000</u>	

, DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a LEI nº 13.105 de 16 de março de 2015 do Novo Código de Processo Civil.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

MONS. TABOSA/Ce., 02 de Outubro de 2019

Helenilson de Melo Santos

Declarante

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

NOME: <u>Helenilson de Melo Santos</u>	CPF: <u>029.619.953-29</u>
RG: <u>2002021060310</u>	PROFISSÃO: <u>Agricultor</u>
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL: <u>CASADO</u>
RESIDÊNCIA: <u>FZ PARA SEMPRE</u>	
CIDADE: <u>Mons. Tabosa</u>	CEP: <u>63780-000</u>

Doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado, Dra. Ana Maria Albuquerque Machado, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 10.338, com escritório na cidade de Monsenhor Tabosa-Ce, na Rua João Pamplona, nº 05, Centro. Fone: (88) 36961566., doravante denominada CONTRATADO, ajustam o seguinte:

PRIMEIRO: O CONTRATADO se obriga a prestar serviços advocatícios ao CONTRATANTE, na defesa dos direitos deste, no que diz respeito a promover todas as medidas judiciais cabíveis contra as seguradoras conveniadas a FENASEG referentes exclusivamente a propositura de Ação de recebimento de seguro DPVAT;

SEGUNDO: O CONTRATANTE se obriga a:

- 1) Fornecer 01(uma) fotocópia da Carteira de Identidade e do CIC/CPF
- 2) Fornecer cópias do boletim de ocorrência, certidão de óbito, auto de exame cadavérico, e demais documentos necessários no período ao qual se busca o ressarcimento;

Parágrafo primeiro: O contratado não se responsabiliza pela autenticidade dos documentos apresentados.

TERCEIRO: Aos CONTRATADOS serão devidos serão devidos, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (TRINTA POR CENTO) do benefício patrimonial conseguido com a ação contratada, verba igualmente devida no caso de desistência da ação, revogação da procuração por parte da CONTRATANTE ou acordo celebrado entre a seguradora conveniada

Parágrafo primeiro: Caso haja improcedência da ação ou nenhum valor seja recebido pelo contratante, nada será devido por esse ao contratado, se responsabilizando o contratante por todo ou qualquer ônus sucumbencial de houver.

Parágrafo Segundo: Os honorários de sucumbência são exclusivamente do advogado, não podendo ser descontados os percentuais recebidos no valor do presente contrato.

QUARTO: O CONTRATADO se compromete a prestar informações sobre o andamento da ação sempre que for solicitado pela CONTRATANTE, bem como a CONTRATANTE se compromete a providenciar outros documentos necessários, caso lhe seja solicitado.

QUINTO: As partes elegem o foro de Fortaleza-Ce, para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato.

SEXTO: A CONTRATANTE se obriga a comunicar o CONTRATADO qualquer modificação de seu endereço. E, por estarem assim justos, o contratados, firmam o presente contrato em três vias de igual teor para a mesma finalidade, para que se produzam efeitos legais e jurídicos.

Mons. Tabosa - Ce, 02 de outubro de 2017

Helenilson de Melo Santos _____
Contratante Contratado

Testemunha: _____

Dra. Ana Maria Albuquerque
CPF: 228.919.943-53
OAB-CE 10338
ana_albuquerque13@yahoo.com.br
(85) 9 9624-1273

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

NOME: Helenilson de Melo Santos
 RG: 2002021060310 CPF: 029.619.953-29
 NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO: Agricultor
 RESIDÊNCIA: F2 PARA SEMPRE
 CIDADE: Mons. TABOSA ESTADO: CEARA CEP: 63780-000

Doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado, Dra. Ana Maria Albuquerque Machado, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 10.338, com escritório na cidade de Monsenhor Tabosa-Ce, na Rua João Pamplona, nº 05, Centro. Fone: (88) 36961566., doravante denominada CONTRATADO, ajustam o seguinte:

PRIMEIRO: O CONTRATADO se obriga a prestar serviços advocatícios ao CONTRATANTE, na defesa dos direitos deste, no que diz respeito a promover todas as medidas judiciais cabíveis contra as seguradoras conveniadas a FENASEG referentes exclusivamente a propositura de Ação de recebimento de seguro DPVAT;

SEGUNDO: O CONTRATANTE se obriga a:

- 1) Fornecer 01(uma) fotocópia da Carteira de Identidade e do CIC/CPF
- 2) Fornecer cópias do boletim de ocorrência, certidão de óbito, auto de exame cadavérico, e demais documentos necessários no período ao qual se busca o ressarcimento;

Parágrafo primeiro: O contratado não se responsabiliza pela autenticidade dos documentos apresentados.

TERCEIRO: Aos CONTRATADOS serão devidos, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (TRINTA POR CENTO) do benefício patrimonial conseguido com a ação contratada, verba igualmente devida no caso de desistência da ação, revogação da procuração por parte da CONTRATANTE ou acordo celebrado entre a seguradora conveniada

Parágrafo primeiro: Caso haja improcedência da ação ou nenhum valor seja recebido pelo contratante, nada será devido por esse ao contratado, se responsabilizando o contratante por todo ou qualquer ônus sucumbencial de houver.

Parágrafo Segundo: Os honorários de sucumbência são exclusivamente do advogado, não podendo ser descontados os percentuais recebidos no valor do presente contrato.

QUARTO: O CONTRATADO se compromete a prestar informações sobre o andamento da ação sempre que for solicitado pela CONTRATANTE, bem como a CONTRATANTE se compromete a providenciar outros documentos necessários, caso lhe seja solicitado.

QUINTO: As partes elegem o foro de Fortaleza-Ce, para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato.

SEXTO: A CONTRATANTE se obriga a comunicar o CONTRATADO qualquer modificação de seu endereço. E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente contrato em três vias de igual teor para a mesma finalidade, para que se produzam efeitos legais e jurídicos.

Mons. TABOSA -Ce, 02 de Outubro de 2019
Helenilson de Melo Santos _____
 Contratante Contratado

Testemunha: _____



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

Impresso nº 2019194781

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 503 - 176 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/03/2019 08:42:41**
Data / Hora da Ocorrência: **31/03/2018 12:05:00**
Endereço da Ocorrência: **FAZENDA NOVA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **MONSENHOR TABOSA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **HELENILSON DE MELO SANTOS**
Nascimento: **13/01/1984** CPF: **029.619.953-29** UF: **CE**
RG: **2002021060310** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **ANTONIA DE MELO DOS SANTOS**
ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS
Endereço: **RUA POVOADO DE SAO NICOLAU S/N**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **MONSENHOR TABOSA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXV2750** Uf: **CE** Município: **TAMBORIL** Chassi:
9C2JC30102R118912 Renavam: **774033770** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2001** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **RAIMUNDO SOUSA DA LUZ** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA SÃO DE
INTEIRA RESPONSABILIDADE DO QUEIXOSO, SENDO AO MESMO INFORMADO
QUE A COMUNICAÇÃO DE CRIME NÃO OCORRIDO OU FATO INEXISTENTE
CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI (ART. 339 E 340 DO CPB).

A VITIMA DE NOME HELENILSON DE MELO SANTOS, RESIDENTE SAO
NICOLAU S/N,ZONA RURAL, AGRICULTOR; DISSE QUE NO DIA 31/03/2018
12:05 ESTAVA TRAFEGANDO DE MOTOCICLETA PRÓXIMO AO LOCAL ONDE
RESIDE, QUE INFORMA QUE EM DETERMINADO TRAJETO, SURTIU UM
TRATOR; QUE O MOTORISTA DO TRATOR TENTOU DESVIAR DO MESMO
PORÉM A GRADE DO TRATOR PEGOU SUA PERNA ESQUERDA, ONDE TEVE
FRATURA EXPOSTA; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE MORAM
PRÓXIMO AO LOCAL DO ACIDENTE; QUE O MESMO FOI LEVADO PARA
HOSPITAL DE BOA VIAGEM, PARA RECEBER ATENDIMENTO MÉDICO; QUE
MOTOCICLETA É ASSIM CARACTERIZADA: Placa: HXV2750, Uf: CE, Município:
TAMBORIL, Chassi:9C2JC30102R118912, Modelo: HONDA/CG 125 TITAN
Cor:VERMELHA, Proprietário: RAIMUNDO SOUSA DA LUZ; QUE A VITIMA
HABILITADA; SEGUE EM ANEXO DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A NARRATIVA
NADA MAIS DISSE.////



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANA MARIA ALBUQUERQUE DE MACHADO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/11/2019 às 10:48, sob o número 0190567-79.2019.8.06.0001 e código 576EE07. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0190567-79.2019.8.06.0001 e código 576EE07.

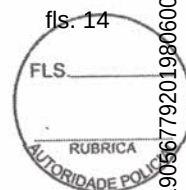


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MONSENHOR TABOSA

Impresso nº 2019194781

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 503 - 176 / 2019



A TESTEMUNHA DE NOME FRANCISCO DAS CHAGAS DE MELO MARTINS, RESIDENTE EM SÃO NICOLAU, AGRICULTOR, SOLTEIRO; DISSE QUE NO DIA DO ACIDENTE TOMOU CONHECIMENTO POR MEIO DE UMA LIGAÇÃO TELEFÔNICA, ONDE O MESMO FOI AVISADO DO ACIDENTE; QUE FOI ATÉ O LOCAL DO ACIDENTE PARA VERIFICAR OS FATOS; QUE CHEGANDO LÁ O SEU IRMÃO QUE SERIA A VITIMA, JÁ TERIA SIDO LEVADO PARA O HOSPITAL DE BOA VIAGEM E TOMOU CONHECIMENTO QUE A VITIMA TERIA FRATURADO SUA PERNA ESQUERDA. NADA MAIS DISSE.////

A TESTEMUNHA ANTONIO JOSÉ DE MELO SANTOS, RESIDENTE EM XIQUEXIQUE, AGRICULTOR, CASADO; DISSE QUE RECEBEU UMA LEGAÇÃO TELEFÔNICA, AVISANDO DO QUE TINHA ACONTECIDO COM SEU IRMÃO; QUE O MESMO FOI ATÉ O LOCAL DO ACIDENTE; QUE CHEGANDO LÁ O SEU IRMÃO QUE SERIA A VITIMA, JÁ TERIA SIDO LEVADO PARA O HOSPITAL DE BOA VIAGEM E TOMOU CONHECIMENTO QUE A VITIMA TERIA FRATURADO SUA PERNA ESQUERDA. NADA MAIS DISSE.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MONSENHOR TABOSA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Q.:

TURENNE RIBEIRO - MAT.: 3012224

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Helilson de Melo Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIZ ARTUR DE SOUZA SILVA - MAT.: 3012533

X Francisco das Chagas de Melo Santos

X Antonio José de Melo Santos

SINISTRO 3190290255 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HELENILSON DE MELO SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO HELENILSON DE MELO SANTOS

CPF/CNPJ: 02961995329

Posição em 10-09-2019 14:43:07

Os dados bancários foram atualizados e a Seguradora Líder-DPVAT está providenciando uma nova tentativa de liberação deste pagamento.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/09/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

3120243-8

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 08.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 509983597

Rota 35 39052 01 020200 - 0 Data de Emissão 22/01/2018

Nome ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS

End. Postal FZ PARA SEMPRE 00000

LIVRAMENTO - MONSENHOR TABOSA - 63780000

Medidor 13423009 Poste 0000 0000

Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência

RG / CPF / CNPJ 070351363-04 CGF

Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Jan/2018	20/02/2018	20/02/2018	Conjunta	Nov. 2017	EUSD 10,55
ICMS			Padrão Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual
ISENTO			DIC	10,73	21,46
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	7,67	15,34
1A51.0723.004E.60BE.0530.82CE.306A.912A			DMIC	5,78	

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6084	6018	1,00	68	0,30		0,36107	24,55
22/01/18	21/12/17		32 DIAS		68		24,55
DESCRIÇÃO							VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS							24,55
JUROS DO MÊS							0,02
COB. SALDO FATURA ANTERIOR							28,27

VENCIMENTO 01/03/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 52,84

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Energia	11,51	68	68	71	67	68	67	70	66	82	65	67	74
Transmissão	4,15												
Distribuição	1,89												
Encargos Setoriais	1,00												
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	1,00												
TOTAL	24,55												

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 29,39 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUNDO O CÓDIGO VERIFICADOR.

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

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FALTA MÉDIA-LEIT. SINESTRAL ART. 60, RES. 414

Consta desta fatura R\$ 1,36 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,50% e COFINS:3,14%

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com vencimento vencidas até 31/12/2017, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitações anteriores.

note cliente

3120243-8



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

fls. 17

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data:

04/04/18

Nome do paciente:	Helenilson de Melo Santos
Nº Prontuário:	2445484
Categoria:	
Clínica:	Neurologia
Leito:	
Cirurgião:	Dr. Alexandre Pinheiro
Anestesista:	Dr. Magaly Marques Dantas
Tipo de Anestesia:	sedação com Dormando + Alvo Rápido
1 Auxiliar:	Dr. Carlos Marcelo
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora:	Michely
Circulante:	Nani
Diagnóstico Pré-Operatório:	Intussuscepção
Tipo de Operação/ Código:	10415030013
Diagnóstico Pós-Operatório:	Intussuscepção
Relatório Imediato do Patologista:	Intussuscepção
Exame Radiológico no ato:	Intussuscepção
Acidente e Incidentes:	
Contagem de Compressas:	✓

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
16:50h	18:00h	1h 10min
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA: X
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Maria Magaly Marques Dantas
CRM 2021
CPF: 045.085.213-04

MODELO 8.0



HOSPITAL FERNANDES TÁVORA

HELENILSON DE MELO SIMÕES

MURO MÉDICO

ATENDIMENTO QUE O PACIENTE
AUMA FOI SUBMETIDO A CIRUR-
GIA POR FRATURA DA
TÍBIA ESQUERDA.

ENCERRAMENTO DE

ALTA DEFINITIVA

18
0x/18

Valterino Pinheiro
Traumatologista
CRM-CE 6193

Valterino Pinheiro
Traumatologista
CRM-CE 6193

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4



Dr. Francisco Reales Navarro

Helenilson de Melo Santos

21-04-18

Atestado Médico

Atesto p/ os devidos F.F.S. que
 Helenilson de Melo Santos de 34
 de idade teve acidente de Moto
 com fratura exposta da yema
 esquerda foi feito tratamento cirúrgico
 com redução aberta com colocação
 de placa e parafusos.

Atualmente apresenta limitação funcional
 grave e completa, perda da força
 muscular do membro inferior (E), do
 pé da marcha, dor crônica, perda
 da força muscular. Com
 incapacidade para o trabalho de
 180 (cento e oitenta dias).

5710 = 583.4

Dr. Francisco Reales Navarro

 CRM 93678-CE
 CPF 052.357.88-44



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



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1548228927

NOME
HELENILSON DE MELO SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2002021060310 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
029.619.953-29 13/01/1984

FILIAÇÃO
ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS
ANTONIA DE MELO DOS SANTOS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
[] [] A

Nº REGISTRO VALIDADE 1º HABILITAÇÃO
06728303681 23/01/2021 20/10/2016

OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

Helenilson de Melo Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
26/10/2017

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

25131521034
CE162041896

PROIBIDO PLASTIFICAR

1548228927

CEARÁ

