



PROCURAÇÃO



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: SAMUEL PEREIRA BARBOSA,
brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão
AUTÔNOMO, portador da cédula de identidade Registro Geral
n.º 3330466, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o
n.º 903.171.303-15, residente e domiciliado(a) na
PRACA DO HOSPITAL - S/N - SEM BATIDO - TRAIRI/CE - CEP:
62690-000

OUTORGADOS: ADRIANO FERNANDES PINHEIRO, OAB/CE 22.161 e
NEIO LÚCIO FERRAZ PASSES, OAB/CE 30.495, ambos com endereço profissional
à Rua Padre José Romualdo, n.º 206, Trairi/CE, CEP: 62.690-000.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE**
confere aos **OUTORGADOS** plenos poderes para o foro em geral, com a
cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo
propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias,
seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e
acompanhando, conferindo-lhes, ainda, os poderes especiais para receberem
citação, confessarem, reconhecerem a procedência do pedido, transigirem,
desistirem, renunciarem ao direito sobre o qual se funda a ação, receberem, dar
quitação, firmarem compromisso e assinarem declaração de hipossuficiência
econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo
Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda
substabelecerem esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim,
praticarem todos os atos processuais que achem oportuno e conveniente para o
fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e
valioso.

CLÁUSULA ESPECIAL: O(a) Outorgante, nesta oportunidade, se
responsabiliza pela legalidade, idoneidade e veracidade de todos os documentos e
informações que serão fornecidos aos outorgados para anexarem nas petições,
objeto do presente instrumento de outorga.

Trairi/CE, 24 de ABRIL de 2019.

Samuel Pereira Barbosa
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

[Handwritten signature]
DIA



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, SAMUEL PEREIRA BARBOSA,
brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão
AUTÔNOMO, portador(a) da Cédula de Identidade n.º
33.50766, inscrita(o) no CPF sob o n.
903.471.303-15, residente e domiciliado(a) na
Rua/Avenida/Localidade) PRAIA DO HOSPITAL - S/N - CENTRO
TRAIRI/CE CEP: 62100-000

declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta
demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo,
pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos
da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da aceção.

Por ser verdade, firmo o presente.

Trairi - CE, 24 de ABRIL 2019.

Samuel Pereira Barbosa

DECLARANTE

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF



Eu, SAMUEL PEREIRA BARBOSA,
brasileiro(a), CASADO, AUTÔNOMO, com
endereço na (Rua, Localidade, Avenida)
PRACA DO HOSPITAL - S/N - SEM BAIRRO

Trairi/CE 62.690-000, DECLARO para os devidos fins e sob as penas da lei, que sou ISENTO de DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA.

Informo ainda que, com a edição da Instrução Normativa da RFB n.º 864 de 25 de julho de 2008, a referida "DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO" deixou de ser emitida pela RFB, conforme informação extraída do sítio da própria Receita.

A presente declaração segue em conformidade com a Lei n.º 7.115/83, que autoriza o interessado a comprovar a referida isenção mediante declaração escrita e assinada.

Portanto, afirmo que não obtive rendimentos financeiros tributáveis junto à Secretaria da Receita Federal nos últimos três anos, exercícios referentes aos anos de 2016, 2017 e 2018.

Nos referidos exercícios não obtive rendimentos provindos de trabalho assalariado, proventos de aposentadorias, pensões, aluguéis ou atividade rural, suficientes para declarar IRPF, e não me enquadrando nos demais casos que obrigam a entrega da Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física.

Nesse azo, assumo a responsabilidade de informar, imediatamente à Vossa Excelência a alteração da situação narrada, apresentando a documentação comprobatória, assim que disponibilizada pela RFB.

Sob as penas da Lei, DECLARO que as afirmações acima são a expressão da verdade pelo que me comprometo criminalmente, sabendo que declaração falsa é crime (art. 299 do Código Penal).

Trairi/CE, 26 de ABRIL de 2019.

Samuel Pereira Barbosa
DECLARANTE



DOCUMENTOS PESSOAIS

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

NOME
SAMUEL PEREIRA BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
3350766 SSP PA

CPF
903.171.303-15

DATA NASCIMENTO
15/10/1977

FILIAÇÃO
LUIS GONZAGA BARBOSA
MARIA PEREIRA BARBOSA

PERMISSÃO ACC CATEG. AB

Nº REGISTRO
00131037858

VALIDADE
02/06/2021

1ª HABILITAÇÃO
16/10/1996

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Samuel Pereira Barbosa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ITAPIPOCA, CE

DATA EMISSÃO
28/06/2016

Igor Vascócelus Ponte
1008 VASCÓCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

09056941934
CE153754630

DETRAN - CE (CEARÁ)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1289368502

PROIBIDO PLASTIFICAR
1289368502





COMPROVANTE DE ENDEREÇO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 568060343
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino 150 | CEP 00135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
fornece energia para o usuário a tarifa social
20 de abril de 2019



Esta é a segunda via de
MAR/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
1148425 DV **0**

VENCIMENTO
05/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
107,08

DESCRIÇÃO DA CONTA

Rota 20 034080 02 017800
Nome SAMUEL PEREIRA BARBOSA
Endereço Postal

Medidor 5234350
Posto 0000 0000

End. da Unidade Consumidora PRACA DO HOSPITAL 00000 SEM BAIRRO TRAIRI 626900000

RG / CPF / CNPJ 903.171.303-15 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 30217 Leitura Anterior 30079 Constante 1 Consumo (kWh) 138 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 138

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 29/03/2019
Prev. Próxima Leitura 29/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

09B3.42CC.D344.85F2.B3EF.FC64.7EF7.FE09

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 97,71 Aliquota 27% Valor do Imposto 26,38

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS
CORREÇÃO MONETARIA DO MES 0,42
JUROS DO MES 0,53
MULTA MORATORIA 1,79
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 6,63

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

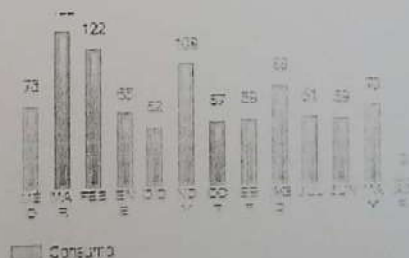
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 15,55

Conjunto TRAIRI

Mes JAN/ 2019

	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)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

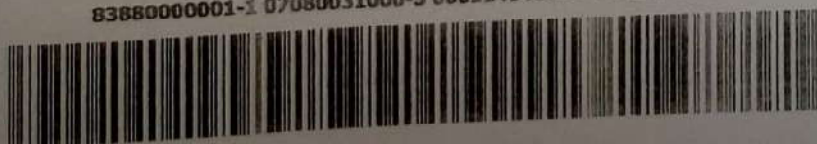


autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 1148425-0 Nº da Nota Fiscal: 568060343
Data de Emissão: 24/04/2019 Referência: MAR/2019

Total a Pagar (R\$): 107,08
Nº de Controle: 0001148425 00535 4316 2 83

83880000001-1 07080031000-5 00011484250-7 05354316243-2





CONSULTA POR BENEFICIÁRIO

04/2019

Seguradora Lider-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3190047977 - Resultado de consulta por beneficiário



VÍTIMA SAMUEL PEREIRA BARBOSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO SAMUEL PEREIRA BARBOSA

CPF/CNPJ: 90317130315

Posição em 01-04-2019 09:13:57

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição

Tipo

Status

Documentação médico-hospitalar

Vítima

Não Conforme

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 561 - 391 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/03/2018 09:08:58**
Data / Hora da Ocorrência: **14/10/2017 15:50:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro: **CÓRREGO SÃO GONÇALO** Município: **TRAIRI/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SAMUEL PEREIRA BARBOSA**
Nascimento: **14/10/1977** CPF: **903.171.303-15**
RG: **3350766** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA PEREIRA BARBOSA**
LUIS GONZAGA BARBOSA
Endereço: **RUA DA PRAÇA DO HOSPITAL**
Bairro: **ALTO SÃO FRANCISCO**
Município: **TRAIRI/CE** CEP: **62.690-000**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Afirma o declarante que no dia e hora supracitado, seguia guiando a motocicleta acima discriminada, por uma estrada asfáltica quando o animal invadiu a via; Que o declarante ao tentar desviar, perdeu o controle da motocicleta e veio a cair ao solo; QUE na queda o declarante afirma ter machucado o calcâneo direito, sendo socorrido por populares, que vinha passando no local e o levou ao Hospital Municipal de Trairi/CE, conforme boletim de atendimento apresentado; QUE possui Carteira Nacional de Habilitação na categoria AB, validade 02/06/2021; QUE apresentou como testemunhas as pessoas de FRANCINETE PINHEIRO DA SILVA, filha de Francisco das Graças V. da Silva e Benedit Pinheiro da Silva, portadora do RG 2946398 SSP-CE, CPF 673.564.002-00, residente na Praça do Hospital, Alto São Francisco, TRAIRI- CE, e EDILENE OLIVEIRA FREITAS BARBOSA, filha de José Oliveira Freitas e Izaura Teixeira Freitas, portadora do RG 2004015033159 SSP-CE, CPF 760.220.213-91, residente na Avenida Senador Virgílio Távora, Alto São Francisco, Trairi/CE; QUE registra este boletim de ocorrência para fins de seguro DPVAT.

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 é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340) do CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ERNESTO EUCLIDES FEIJÃO JUNIOR - MAT.: 404695-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Samuel Pereira Barbosa

DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

Francinete
Ernesto

Pág. 1 de 2

Impresso em: 07/03/2018 09:22:43



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 561 - 391 / 2018

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCELO VEIGA VIEIRA - MAT.: 30103815



Francinete Pinheiro da Silva

* Edlene Oliveira Freitas Barbosa

DELEGACIA MUNICIPAL DE TRAIRI

Pág. 2 de 2

Impresso em: 07/03/2018 09:22:43

Samuel Pinheiro Barbosa

pe: [signature]



DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

Leão Costa Costa

Calcular O

At. nutricional + Alta Curativa



NOTA DE ATRIBUIÇÃO
FOLHA Nº 10
FOLHA Nº 10

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 236975	Atendimento 0001	Nome do Paciente SAMUEL PEREIRA BARBOSA	CNS 705203438721973	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 903.171.303-15		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 15/10/1977	Local ITAPIOCA/CE	Idade 39 Ano(s)		
Pai LUIS GONZAGA BARBOSA	Mãe MARIA PEREIRA BARBOSA			
Endereço RUA SERRINHA, SN	Bairro ALTO SAO FRANCIS	CEP 62690-000	Município TRAIRI	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge	Telefone 85998389970	
Responsável SAMUEL PEREIRA BARBOSA	CPF do Responsável	Endereço RUA SERRINHA, SN	Município TRAIRI	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 14/10/2017	Hora 17:25	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento RAMON RAWACHE BARBOSA MOREIRA DE LIMA		CRM/UF 13264/CE	Tipo Atendimento CONSULTA	
Indicador de Acidente		Funcionário LARISSA SOUSA SALES		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg) 97,000	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
				R (mpm)
				PA (mmHg) 139 X 78

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 14/10/2017 18:12

Responsável pela Classificação: ANTONIO EURANI CAET

Relatório:

Paciente referenciado do município de Trairi, relata queda de moto, ferimento em calcâneo direito. Hipertenso. Nega alergia medicamentosa e diabetes.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Lesões com contusões em
colunas D.

cd: sutura + alto curativo.



Dr. Ramon Rawache
CRM 13264/CE

Procedimento realizado pelo
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio.

+ Samuel Pereira Barbosa

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: SAMUEL PEREIRA BARBOSA

RAMON RAWACHE BARBOSA MOREIRA DE LIMA - CRM: 13264



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

161700048 VV

1- Preencher a ficha em três vias.
2- Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar a 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____
Município: _____
Nome: Samuel Pereira Bonfina
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: ____/____/____
Prontuário nº: _____
Endereço: _____
Bairro: _____
Fone: _____



Motivo do Encaminhamento: Queixa de dor em baixa velocidade de marcha
Resultado de Exames: fratura exposta em calcâneo direito
GAT. AO Ortopedista

Conduta já Realizada: Exatolmo 30, Profund 100g, Dor e ferimento
Impressão Diagnóstico: fratura exposta em calcâneo direito
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: Luiz Carlos
Função: _____
Data: 14/10/17
Hora: 15:51

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico
Procedimento: _____
Unidade de referência: _____
Data: ____/____/____
Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____
Município: _____
Prontuário Nº: _____
Data: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID.: _____
Secundário 1: _____ CID.: _____
Secundário 2: _____ CID.: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Ass. do Encaminhamento e Carimbo: _____
Função: _____
Data: _____
Hora: _____



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

Impressão: 14/10/2017 19:5

Página 2/17

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Perfilário 236975	Atendimento 0001	Nome do Paciente SAMUEL PEREIRA BARBOSA	CMS 705203436721973	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 903.171.303-15	Data do Nascimento 15/10/1977	Local ITAPIOCA/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Pai LUIZ GONZAGA BARBOSA	Mãe MARIA PEREIRA BARBOSA	Endereço RUA SERRINHA, SN	Bairro ALTO SAO FRANCIS	CEP 62690-000
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge	Município TRAIRI	UF CE
Responsável SAMUEL PEREIRA BARBOSA	CPF do Responsável	Endereço RUA SERRINHA, SN	Município TRAIRI	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 14/10/2017	Hora 17:25	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR	CRM/UF 4920/CE	Tipo Atendimento CONSULTA	Funcionário ANA MAYARA DE ARAUJO SOUSA	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg) 97,000	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
				R (mpm)
				PA (mmHg) 139 X 78

Classificação de Risco

Classificação de Risco: ACOLHIDO Data e Hora: 14/10/2017 19:52

Responsável pela Classificação: ANA MAYARA DE ARAUJ

Relatório:

Paciente referenciado do município de Trairi, relata queda de moto, ferimento em calcâneo direito. Hipertenso. Nega alergia medicamentosa e diabetes.

061

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*OT para calcâneo
trauma queda de
moto, ferimento de
calcâneo
em Rx de Calcâneo normal
mlp - Alta por
estabilização*



Dr. José Hernani C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4920 TEOT - 5088
CPR-378.930.503-06

*Atestado de Saúde
emitido pelo único
Unus para o paciente ou
seu tipo de atendimento.*

JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR - CRM: 4920

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: SAMUEL PEREIRA BARBOSA



Assinatura do Município

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1- Preencher a ficha em três vias.
2- Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar a 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA



Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Samuel Pereira Barbosa

Prontuário nº: _____

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nascimento: ____/____/____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultado de Exames: _____

GAT II

AO Ortopedista

Conduta já Realizada: _____

Cefaloteno 2g, Profenid 100mg, Dexametasona 4mg

Impressão Diagnóstico: _____

fratura exposta em calcâneo direito

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____

Função _____

14/10/17 Data

15:15 Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____

Unidade de referência: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº: _____

Data: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

CID.: _____

Secundário 1: _____

CID.: _____

Secundário 2: _____

CID.: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAIRI
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE TRAIRI



FICHA DE ATENDIMENTO

Data: 14/10/2017 Horário: 15:40 Paciente chegou: (X) Meios próprios () Ambulância

Paciente: Samuel Pereira Barbosa

Nome da Mãe: Maria Pereira Barbosa

Idade: 40 Sexo: M Data de Nascimento: 15/10/1977 Nº do RG Telefone

Escolaridade Cartão do SUS: Profissão:

Endereço: Rta São Francisco Bairro:

Cidade: Quirin Estado: A Recepcionista: Jovina

PA: / mmHg T: °C Glicemia: mg/dl P: Kg Pulso: bpm SPO₂

História Clínica: Fratura exposta de calcâneo.

GAT

Diagnóstico: fratura exposta

Exames Solicitados

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

DESTINO DO PACIENTE

() Alta () Transferência () Óbito

DATA DA SAÍDA

HORA DA SAÍDA

Motivo do Óbito:

Assinatura do Paciente ou Responsável



DOCUMENTO DO VEÍCULO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **013356422595**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00536189056 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
EDILENE OLIVEIRA FREITAS BARBOSA

TRAIRI /CE

CPF / CNPJ 76022021391 PLACA OF54913/CE

PLACA ANT / UF /PA CHASSI 9C2JC4830BR011194

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC * COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 EX ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP / POT / CIL 2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AMARELO

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
I P V A ***** 1 *****

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
***** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *****

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
TRAIRI 04/05/2017

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº **013356422595** BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EM
2017 04/05/

VIA 01 CPF / CNPJ 76022021391 PLACA OF54913

RENAVAM 00536189056 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 EX

ANO FAB. 2011 COTA ÚNICA 09 CHASSI 9C2JC4830BR011194

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,29 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,7 TOTAL DO PRÊMIO 185,5

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITA 05/05/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.248.898/0001-04

MOTOR JC48E3B011194

011

