



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jose Eliando Bezerra
brasileiro, estado civil solteiro, profissão
agricultor, portador do RG nº 9909811549
CPF nº 172.870.903-25, com endereço
Sítio Olho D'água, s/nº (zona rural),
Cidade Milhã - CE.

OUTORGADO: Dr. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Ceará, OAB/CE 29.284, endereço eletrônico e-mail: rubenslima111@hotmail.com e endereço profissional na Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, Centro, CEP.: 63.635-000, Milhã-Ceará.

PODERES: Os contidos na cláusula "ad judícia" especificamente para propor ação, atuando em qualquer instância ou tribunal, na defesa do interesse do(a) outorgante, contestando, ajuizando, reconvindo, atuando como terceiro interessado ou oponente, inclusive representando-o extrajudicialmente, requerendo documentos junto aos órgãos administrativos e propondo medidas preventivas ou acauteladoras de seus interesses, substabelecer com ou sem reserva os poderes ora outorgados, procedendo, enfim, da maneira que se fizer necessária ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorgada aos advogados acima descritos, os poderes para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica** em conformidade com a norma do art. 105, do NCPC/2015.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgante(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seu(s) advogado(s) o(s) outorgado(s) acima nomeado(s), nos termos do § 4º, do artigo 5º, da Lei 1.060/50.

Milhã /CE, 24 de junho de 20 20.

Jose Eliando Bezerra
OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**1. PARTES**

Jose Eladio Boreira
 brasileiro (a) estado civil Solteiro, profissão advogado, portador (a)
 do RG nº 99098131549, Orgão Expedidor SSP-CE, CPF nº
172.870.903-25, com endereço Sítio Odeio da Queiroz
 nº 514, bairro Zona Rural, Cidade Milhã-CE doravante

denominado de **CONTRATANTE** e de outro lado o **Dr. ANTONIO RUBENS LIMA DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE 29.284, com endereço profissional à Av. Dr. Wilson Pinheiro, nº 462, CEP.: 63.635-000, Centro, Milhã-Ceará e o **Dr. CARLOS BOLÍVAR PONTES PIMENTEL**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE 16.825, com endereço profissional à Rua Pedro Teles de Menezes 133, Bairro: Duque de Caxias, CEP: 63.800-000. Quixeramobim-CE, aqui denominados de **CONTRATADOS**.

2. FINALIDADE DO CONTRATO: O(A) CONTRATANTE contrata os serviços do(s) CONTRATADO(S), para que este(s) ajuíze ação de cobrança referente ao seguro DPVAT, no Juizado Especial Cível Estadual bem como ação previdenciária em face do INSS.

3. DESEMPENHO DO MANDATO: A CONTRATADA postulará em todas as instâncias, através de recursos adequados para o fiel cumprimento do mandato outorgado pelo(a) CONTRATANTE.

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

4.1. O(a) CONTRATANTE pagará aos CONTRATADOS, a título de honorários advocatícios, o valor de 30% (trinta por cento) sobre todos os valores recebidos judicial ou administrativamente pelo(a) CONTRATANTE em decorrência da ação proposta. Porém, nas ações previdenciárias, quando os valores recebidos pelo CONTRATANTE forem inferiores a R\$ 9.000,00 (nove mil reais), este deverá pagar a títulos de honorários o valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), salvo auxílio maternidade.

4.2. Caso o(a) CONTRATANTE tenha seu benefício concedido administrativamente após o ajuizamento da ação, haverá a cobrança da integralidade dos honorários aqui pactuados.

4.3. Havendo acordo entre o(a) contratante e a parte contrária, não restará prejudicado o recebimento dos honorários contratados.

4.4. No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada em audiência, o contratante se compromete a pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de 01 (um) salário, salvo se for ajuizar novo processo após a prolação de sentença, representado pela contratada.

4.5. No caso de desistência do processo após prolação da sentença, o contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios na sua integralidade.

4.6. O (a) CONTRATANTE autoriza, expressamente, o desconto dos valores aqui contratados quando da expedição da RPV, precatório, alvará ou depósito decorrente da ação proposta.

4.7. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês, além de correção monetária.

4.8. Os honorários de sucumbência eventualmente estipulados pelo Juiz ou Tribunal em favor do representante jurídico é verba pertencente a este entrará no cálculo dos honorários acima apontados.

5. CLÁUSULA DE RISCO: Em caso de insucesso da ação proposta, o/a CONTRATANTE não desembolsará quaisquer valores a(o) CONTRATADO, inclusive os gastos havidos com demanda.

6. RESCISÃO: Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do(a) CONTRATADO(a), restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reservas de iguais poderes e se exonerando de todas as obrigações.

7. FORO: As partes desde já elegem o Foro da Comarca de Milhã para dirimir quaisquer litígios acerca do presente contrato, por mais privilegiado que seja qualquer outro.

E por estarem assim, justos e contratados, assinam o presente instrumento em duas vias para que possa produzir seus jurídicos efeitos legais.

Milhã, em 24 de forçave de 20 20.

Jose Eladio Boreira
 CONTRATANTE

CONTRATADO – OAB/CE 29.284

TESTEMUNHAS: 1. _____ CPF _____
 2. _____ CPF _____

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Jose Eliando Bezerra, brasileiro(a),
 estado civil solteiro, profissão agricultor,
 natural de Smackon Pompeu, estado ceara
 nascido aos 16/09/1954, filho de Jose Bezerra
Sebrinho e Olimpia Albas Bezerra,
 portador(a) do RG nº 99098181549 Órgão Expedidor
SSP-CE, CPF nº 172.870.903-25, **DECLARO** conforme
 artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço:
Sítio Olho D'água s/n
zona rural
Milhã - CE

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Milhã - CE., 24 de Junho de 2020.

Yosi Inácio Batista
DECLARANTE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

99098111549 10/6/1999

JOSE ELIEUDO BEZERRA

JOSE BEZERRA SOBRINHO E OLIMPIA ALVES BEZERRA

SENADOR POMPEU-CE

CERT. NASC. 19163 L A/44 F

163 SENADOR POMPEU/CE

DATA DE NASCIMENTO 16/9/1959

NATURALIDADE

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/85

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE ELIEUDO BEZERRA

CARTÃO DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE

1FDD.23BA.8256.0843

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

www.recelita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:24:04 do dia 30/11/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 172.870.903-25

Nome JOSE ELIEUDO BEZERRA

Nascimento 16/09/1959

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Esta é a segunda via de

MAI/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5226031 **03**

VENCIMENTO
14/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **574292448**
Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei n° 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 31 014062 12 0169000 Medidor Poste
Nome JOSE ELIEUDO BEZERRA 7681643 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST OLHO D'AGUA SEM BAIRRO MILHA 63635000

RG / CPF / CNPJ 172.870.903-25 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 9899 Leitura Anterior 9861 Constante 1 Consumo (kWh) 38 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 38

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh
Consumo faixa 31-100 Kwh

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
30	0,18463	5,53
8	0,31652	2,54

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 16/05/2019 Prev. Próxima Leitura 15/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DAF2.4528.FCBC.3236.3C49.622E.F0A4.D552

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	4,29
TRANSMISSÃO	0,34
DISTRIBUIÇÃO	2,52
ENCARGOS SETORIAIS	0,57
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	0,89

OUTROS PAGAMENTOS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,09)

-8,61
0,54

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

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

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: **5226031-3** N° da Nota Fiscal: **574292448** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **04/06/2019** Referência: **MAI/2019** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

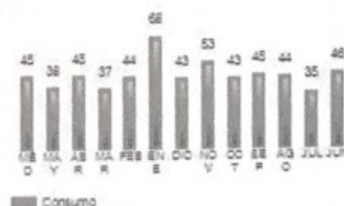
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 3,24

Conjunto SOLONOPLES

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	18,24	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	4,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3170461149 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE ELIEUDO BEZERRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA**CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME****BENEFICIÁRIO** JOSE ELIEUDO BEZERRA**CPF/CNPJ:** 17287090325**Posição em** 20-10-2017 08:20:16

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 843,75

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/10/2017	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Reanalise

Dr. Fernando Higor Fayad Fernandes Vieira

Médico CRM 12721

Praça da Juventude S/M Senador Pompeu - Ce

LAUDO MÉDICO

NOME: Jose Elinto Bezerra

Tratado para os dentes por parte do DENT que o
paciente, após dente, por último de dente
de Matariceto após colado, com dentista nato em
13/05/17 apresentando sintomas de Ombro Esquerdo
Joelho esquerdo apresentando apresentando dor
de Clavícula Esquerda em tempo de dor além de dor de
de joelho Esquerdo com injeção de ligamento e
Menisco. Mesmo após tratamento clínico, cirurgia em
clavícula Esq. sem apresentando dor de dor em
menisco Superior esquerdo e joelho Esq. Mesmo após
alto de dor apresentando 75% de dor.

CID: 583.1
583.7

842.0

Senador Pompeu 27/10/17

Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira
CREMEC - 12721
MÉDICO

Dr. Fernando Higor

CRM: 12721

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1207 / 2017****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/08/2017 09:00:11**
Data / Hora da Ocorrência: **13/05/2017 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO VILA NOVA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **MILHA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JOSÉ ELIEUDO BEZERRA**
Nascimento: **16/09/1959** CPF: **172.870.903-25**
RG: **99098111549** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **OLIMPIA ALVES BEZERRA**
JOSÉ BEZERRA SOBRINHO
Endereço: **RUA PITOMBEIRA** CEP:
Bairro: **CENTRO**
Município: **SENADOR POMPEU/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVF5756** Uf: **CE** Município: **SENADOR POMPEU** Chassi:
9C6KE1210A0036243 Renavam: **258682418** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 E** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **VERA LUCIA LIMA ALBUQUERQUE** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Compareceu o noticiante para informar acidente de trânsito sofrido para fins de receber o seguro DPVAT; Que estava pilotando a moto e ia sozinho; Que estava entrando na BR 226 quando outra moto o abalroou; Que desmaiou devido a batida; Que acordou no Hospital de Milhã-CE; Que nesse Hospital apenas foi medicado e transferido para Quixeramobim-CE; Que no Hospital de Quixeramobim-CE foi feita uma operação para consertar sua clavícula do lado esquerdo, pois esta havia quebrado; Que seu organismo rejeitou o ferro que foi colocado para segurar sua clavícula; Que, por conta disso, foi necessário fazer outra cirurgia; Que do acidente, também, machucou o joelho esquerdo, vindo a ter seus nervos danificados o que causa uma dormência em sua perna; Que apresenta como testemunhas as pessoas de Vera Lucia Lima Albuquerque, RG nº 2015065609-7 SSP/CE e Josimar Alves Bezerra, RG nº 1694464-88 SSP/CE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:****SAMMY ALVES PASSOS - MAT.: 30111419****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1207 / 2017

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ WILLIAM SOARES LOPES - MAT.: 30117417



PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

Nome do Paciente: João Eliando Bezerra

Cartão do SUS: 838003929758716 DN: 16.09.59

RG: _____

OCORRÊNCIA Nº 35

Idade 57 Cor — Sexo M Estado Civil Estadão Naturalidade Sumaré - Paraíba Profissão Agricultor

Endereço St. Vila Nova Telefone: _____

Unidade de Emergência João B. Sobrinho

Hospital J. L. P. Landim Mãe: Olimpia Alves Bezerra

O paciente chegou ao hospital

☐ Andamento ☐ Regular

☐ De Automóvel ☐ Passando Mal

☐ Ambulância ☐ Comatoso

☐ Aparentemente bem ☐ Com Hemorragia

Atendimento Milhã Data 13.05.17 Hora 20:40hs

☐ Acidente de Trabalho

Local _____

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

20:40h por um carro, 57a chegou no hospital após acidente auto mototrans (colisão moto/moto) nos membros superiores. Alcoolizado, consciente, orientado, apresentando dor e hematoma + deformidade da clavícula EAQ.

ABD: flácido, RHA, +, mudo, + ruídos. AP: MVU ⊕ SIRA AE: RCR 27 S/S

Tórax: simétrico, S1 abafado, ruidos

DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO ECG: AC 4 R 5 RM E.

PROF. FECHADA DO EFUNDOS

TRATAMENTO:

① - Trauma 100g + 100ml SF 0,4v. IV.

② - Dexametasona 1mg IV + analg. IV.

③ - Imobilizar o membro EAQ.

21/5/20

Fca. Jéssica Farias Oliveira
Enfermeira
COREN-CE 499449

DESTINO DADO AO PACIENTE

☐ Residência ☐ Internado

☐ Em Observação ☐ Transferido

☐ Encaminhado ao Ambulatório

☐ Óbito às _____ horas após chegada na Unidade

☐ Óbito sem tratamento

Exames Complementares _____

Diagnóstico Definitivo _____

Ass. do Médico Dr. Etório

Ass. do Paciente ou Responsável Francisca Eudismania Lopes

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR



PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

Nome do Paciente: <u>Jose Eliodoro Bezerra</u>	OCORRÊNCIA Nº
Cartão do SUS: <u>898003929758716</u> DN: <u>16.09.59</u>	
RG:	<u>35</u>

Idade <u>57</u>	Cor <u>—</u>	Sexo <u>M</u>	Estado Civil <u>Estadual</u>	Naturalidade <u>Estado do Piauí</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
Endereço <u>St. Vila Nova</u>					Telefone:

Unidade de Emergência	Pai: <u>Jose B. Sobrinho</u>
Hospital J. L. P. Landim	Mãe: <u>Olimpio Alves Bezerra</u>

O paciente chegou ao hospital		Atendimento	Data	Hora
☐ Andamento	☐ Regular	Milhã	<u>13.05.17</u>	<u>20:40hs</u>
☐ De Automóvel	☐ Passando Mal	☐ Acidente de Trabalho		
☐ Ambulância	☐ Comatoso	Local		
☐ Aparentemente bem	☐ Com Hemorragia			

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

20:40h por um acidente, está chego no hospital após acidente auto mototru (colisão moto/moto) nas vias locais. Capacidade. Alcoolizado, consciente, orientado, apresentando dor e hematoma + deformidade da clavícula esquerda.

ABD: Flácido, sem dor, sem sinais de peritonite. AP: MVU ⊕ SIDA B2: PCR 27 S/S

DADOS CLÍNICOS			DIAGNÓSTICO
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	ECG: AO 4 R V 5 RM E.
			Pratime Fechado do Efetuado

TRATAMENTO:

① - Trauma 100mg + 100ml SF 0,9% IV.

② - Dexametasona 1mg IV + 9ml 10 IV.

③ - Imobilizar o braço EAQ.

24/5/20

Dr. Jéssica Farias Oliveira
Enfermeira
COREN-CE 499149

DESTINO DADO AO PACIENTE		Exames Complementares
☐ Residência	☐ Internado	
☐ Em Observação	☐ Transferido	Diagnóstico Definitivo
☐ Encaminhado ao Ambulatório		
☐ Óbito às _____ horas após chegada na Unidade		
☐ Óbito sem tratamento		
Ass. do Médico		Ass. do Paciente ou Responsável

Ass. do Paciente ou Responsável Francisca Eudismania Lopes

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR



HOSPITAL MUNICIPAL
JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

P/ José Elencio Bezerra

^{2º}
Usar oral

① - Nuvemula 100mg 1 CX
Toas 01cp ao 12/12h por 5 dias

② - Dexametasona 1mg 1 CX
Toas 01cp ao 12/12h por 5 dias

13/05/14

Dr. Cláudio
MÉDICO
CREM 11079

Rua Joaquim Nemezio Pinheiro, S/N - Centro - Milhã - CE



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Senhor (a), Jose Emano Bezerra,
 recebeu atendimento medico em
 _____ com diagnóstico de: fratura de clavícula

o (a) mesmo (a) está necessitando de: 60 (sessenta) dias de licença do
 trabalho, a partir da data do atendimento.

Quixeramobim, 13, 5, 17

Rubens Lima de Sousa
 Promotor Regional de Saúde
 CRM 255. 01. 101.703.803-05
 MEDICO CRM

Alto do Boqueirão, s/n -- Telefax(88)3441.1353 -- 3441.4009 - E mail: hosp.regional@hotmail.com -- Quixeramobim-Ce



Milhã
 Prefeitura Municipal de
 Um Novo Tempo Uma Nova História

PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 HOSPITAL MUNICIPAL
 JOÃO LEOPOLDO PINHEIRO LANDIM

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que, José Eliando
Bereino,
 encontra-se sob cuidados médicos precisando afastar-se de suas atividades
 profissionais no período de (90) dias por motivos Fratura da clavícula esquerda
e punho esquerda
 para tratamento de saúde, a partir de 21/7/17.

Milhã-CE, 21 de 7 de 17

Rômulo Coelho de Figueira
 CRM 2586, C.R. 30/09/93
 FÉC 01/2017-00
 CLÍNICA GERAL - GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
 E-mail: romulocoelho@outlook.com

Médico CRM

Rua Joaquim Nemésio Pinheiro, s/n, centro - Milhã - CE

BRASIL
([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))

Serviços Barra GovBr

(<http://www.vlibras.gov.br/>)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 172.870.903-25

Nome: JOSE ELIEUDO BEZERRA

Data de Nascimento: 16/09/1959

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 16:24:51 do dia 17/08/2017 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 18C8.C2B9.A7EA.B1E7



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)