

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE RESPONSABILIDADE

Nome: Francisco Jorge Rodrigues de Araújo		Nacionalidade: Brasileira
CPF: 037.932.823-90	RG: 3251605-97	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: Rua Antonio G. Amaro B. Bastos		Nº 84
Bairro: Gil Bastos	Cidade: Juazeiro	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: 60.000-000	Telefone:	
Estado: CE		

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com às custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Declaro ainda, para todos os fins a que esta se destinar, que fui devidamente esclarecido pelos Advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia", acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste, isentando expressamente os advogados habilitados na Procuração "Ad Judicia" de qualquer ato inverídico ou omissos que possa interferir no resultado deste procedimento.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

M. Dava (CE), 29 de agosto de 2017.

Francisco Jorge Rodrigues de Araújo

DECLARANTE

filipe.bezerra@hotmail.com
rodolfoadsf@hotmail.com
Tel.: (88) 9922-2189
Tel.: (88) 9661-5233

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Nome: Francisco Jorge Rodrigues de Araújo		Nacionalidade: Brasileira
CPF: 037.932.823-90	RG: 3251605-97	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: Rua Antonio G. Amaro B. Barros 84		Nº 84
Bairro: Gil Barros	Cidade: Traucuba	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: 60.000-000	Estado: CE	
Telefone:		

DECLARO conforme artigo 1º, da Lei 7115/83, que não possuo comprovante de endereço em meu nome e resido no endereço acima mencionado.

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

J. Nova (CE), 29 de agosto de 2017.

Francisco - Rodolfo R. de Araújo

DECLARANTE

Sampaio & Catunda

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Jorge Rodrigues de Araújo		Nacionalidade: Brasileira
CPF: 017.932.823-90	RG: 32 51605-97	Profissão: ☒ Agricultor () Autônomo () Outro:
Avenida/Rua/Localidade: Rua Antonio G. Amorim B. 3.º		Nº 84
Bairro: Gil Botes	Cidade: Mauricube	Estado Civil: ☒ Solteiro () União Estável () Casado () Divorciado
CEP: 60.000-000	Estado: CE	
Telefone:		

OUTORGADO:

RODOLFO DIOGO DE SAMPAIO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, CPF 017.809.013-13, inscrito na OAB-CE sob o Nº 23.814, e, **FILIPE BEZERRA CATUNDA CAMPELO**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/CE 27.565, ambos podendo ser intimados em Morada Nova- CE, na Rua José de Fontes Nº 90-A, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante nomeia, constitui e habilita o (s) Outorgado (s) a praticar (em) todos os atos do processo, conforme disposto na primeira parte do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

CLÁUSULA ESPECÍFICA:

Por esta cláusula específica, O Outorgante habilita o (s) Outorgado (s) a transigir (em), desistir (em), renunciar (em) ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar (em) compromisso, receber (em) e dar (em) quitação no presente feito, realizarem levantamentos e saques de Alvará Judicial, conforme parte final do art. 105, do Novo Código de Processo Civil.

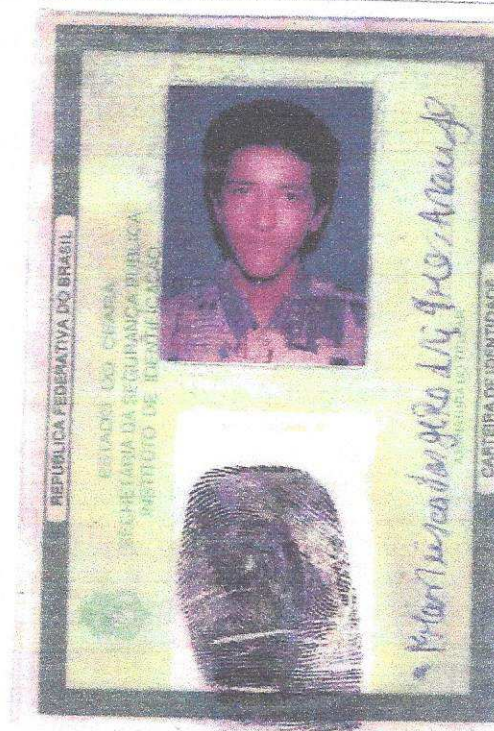
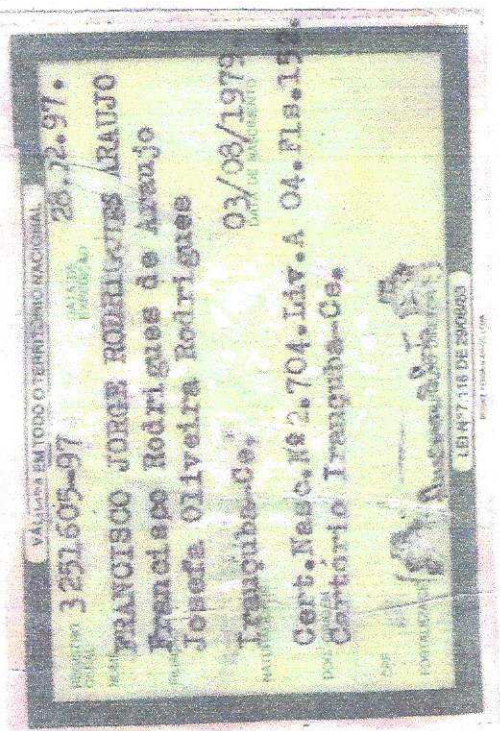
J. Nova (CE), 29 de agosto de 2017.

Francisco - Rodolfo R. de Araújo

OUTORGANTE

* Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, exceto 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 e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica.

filipe.bezerra@hotmail.com
rodolfo.ds@hotmail.com
Tel.: (88) 9922-2189
Tel.: (88) 9661-5233



(88)996365095

SINISTRO 3160709604 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCISCO JORGE RODRIGUES ARAUJO**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO JORGE RODRIGUES ARAUJO**CPF/CNPJ:** 01793282390**Posição em 24-07-2017 11:03:53**

88 996355095

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
UNIDADE POLICIAL DE ITAUCUBA
Rua - Pedro Domingues, 654 - Centro - Fone (82) 3530-1221



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 424/2016.

Data/Hora de Registro: 14/04/2016 - 19:00min. Fone:

Notificante: FRANCISCO JORGE RODRIGUES ARAUJO. Nasc: 03/08/1974.

Relação: FRANCISCO RODRIGUES DE ARAUJO E JOSEFA OLIVEIRA RODRIGUES.

Residência: Rua Antônio G Amário S Bastos, 34, bairro Gil Bastos, Itaçuuba/CE.

CPF: RG: 3151605-91, SSP/CE.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE MOTOCICLETO.

Ora, local e hora da Ocorrência: 27/03/2016, às 02h00min, fato ocorrido na BR. 222, próximo a churrascaria Chapéu de Palha, Centro de Itaçuuba/CE.

HISTÓRICO: A pessoa supracitada informa que no dia hora e local acima citado saiu de sua residência, trafegando na BR. 222 com destino a localidade de Mocó, zona rural desta de Itaçuuba, quando a MOTOCICLETO HONDA/CG. 169, FAN. ESDI ANO E MOD. 2015/2016, DE COR. PRETA, CHASSI. 9C2KC2200GR013258, DE PLACA. PNM. 3778, em nome do notificante: Que ao tentar entrar a direita para a zona rural, perdeu o controle do veículo e colidiu frontalmente com um veículo que trafegava em direção a cidade de Sobral/CE: Que também desacordado na pista de rolamento, sendo socorrido pela ambulância para o hospital deste município: Que em consequência do acidente, o condutor, FRANCISCO JORGE sofreu fratura e profundos cortes na cabeça, bem como fortes pancadas no tórax, abdômen e escoriações nos membros inferiores: Que foi socorrido para o hospital deste município e posteriormente transferido para Santa Casa de Misericórdia em Sobral/CE. E nada mais disse dando, por encerrada a referida ocorrência.

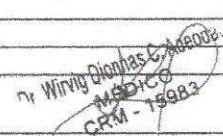
Declaro: Obit. Apreendido: Não () Sim ()

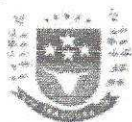
() Delegado () Ar. Cantone () Investigação () Arguente

Escritor: ad. Hec. Resp. Reg.

Francisco J. R. Araújo
Assinatura: *Alencar Soares*
Autoridade: *INSPEÇÃO DE POLÍCIA CIVIL*
MAT. 26616-10

Comprovação fides de crime ou de consequência e Crime
autoridade, encaminhando-lhe a ocorrência de crime ou de
verificada Pena - duração de 1 (um) a 5 (cinco) meses, ou multa

 Hospital Municipal Dr. Pedro de Castro Marinho PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUCUBA-CE		 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Cuidando da sua saúde
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO		
NOME: <u>Felipe Rodrigues Araújo</u>		IDADE: <u>37a</u>
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____		
DATA DO NASCIMENTO: <u>03 / 08 / 79</u>		
FILIAÇÃO: <u>Josefa Oliveira Rodrigues</u>		
ENDEREÇO: <u>Gal. Bento</u>		
BAIRO: _____	MUNICÍPIO: _____	
DATA DO ATENDIMENTO: <u>24 / 08 / 16</u>	HORÁRIO: <u>2</u> : <u>00</u>	
ACOLHIMENTO/ TRIAGEM/ SINAIS VITAIS		
PA: _____ mm/Hg	FC: _____ bpm	SpO ₂ : _____ %
T: _____ °C	Glicemia: _____ mg/dL	Peso: _____ Kg
SINTOMAS RELATADOS: _____		
AValiação Clínica		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: _____		
<u>TCE</u>		
DIAGNÓSTICO: _____		
CONDUTA: <u>Tratamento</u>		
_____ Assinatura do Paciente  DR. WIVLY DIONÁSIO DE MEDEIROS MÉDICO CRM - 15983 _____ Assinatura do Médico(a)/ Enfermeiro(a)		



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUÇUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em 3 vias - 2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar as 2 vias usuárias, orientado-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

13030002364

Unidade Origem : **HOSPITAL MUNICIPAL DR. PEDRO DE CASTRO MARINHO**

ADS: _____ Município: _____

Nome: _____ Prontuário N°: _____
 Sexo: M ☐ F ☐ Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultados de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante: N° Registro _____ Função _____ Data ____/____/____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
 Procedimento: _____ Profissional: _____
 Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: ____/____/____

Resultado Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

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

Proposta de Conduta Para Seguimento: _____

O Problema Justificou Referência? Sim ☐ Não ☐

O Motivo da Referência Coincide com Diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N° . Registro _____ Função _____ Data ____/____/____

Luiz Gonzaga Ferreira Junior
 Secretário de Saúde

(*) Utilizar também como resumo, de alta



Clínica São Lucas
Seriidade e compromisso com a sua saúde

RELATÓRIO MÉDICO

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

Flávia Jones Rodrigues Costa

Vítima de acidente de trânsito, em 20/08/16, sofreu:

*Manuseio nos joelhos
fracturas de dentes
manuseio nos braços
CID- S20.2 S02.5*

E submeteu-se a tratamento(s):

*Se am e um mês de fisioterapia
moderada.
fisioterapia*

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

*CC e MMS no curso concluído
e no joelho
deformação do fêmur
de qualidade de ambos os membros
na prática dos movimentos,
em menor amplitude*

Av. Jorge Dantas, Número: 1234 Centro-Irauçuba-CE

Dr. Manoel Salgado Almeida
Ortopedia - Traumatologista
CRM 4411

Em 25/09/2016

[Assinatura]

Ortopedia e
Traumatologia

Mefi MEDICINA E FISIOTERAPIA INTEGRADA
Clinic

Av. Santos Dumont, 3646 - Aldeota - Fone: (85) 4006.7207 - (BNB CLUBE) - Fortaleza - Ceará

Ortopedia
Infantil

Dr. Mardonio Salmito
CRM 4411

Jonas Rodrigues

Patologia
da Coluna

Maxsulida 400 — 1g

Cirurgia do
Joelho

Alcay 121124

Patologias
do Esporte

Dolman flex 1g

Osteoporose

Alcay 12112610mar

[Signature]

Dr. Fco. Mardonio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4411

*10
05
2016*



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
 CRM: _____ UF: _____ Nº: _____
 Endereço Completo: Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro
 Telefone: (88) 3112.0400 Cidade: Sobral UF: Ceará

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

① Cefalex 500 ^{3 d} 28g
 1g 6/6h 07d

② Ilexprofen 300mg 15g
 1g 8/8h 05d

Data: 22/08/16

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
 Ident.: _____
 Org. Emissor: _____
 End.: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: _____
 ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria
 2ª VIA - Orientação ao paciente