



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	LEANDRO GOMES MACIEL		
NACIONALIDADE	BRASILEIRA	NATURAL	
RG	2004010388005	ESTADO CIVIL	Solteiro
CPF	050.065.063-26	PROFISSÃO	Condutor Lano
ENDEREÇO	RUA HENRIQUE DIAS		
BAIRRO	NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CEP	60.311-570
MUNICÍPIO / UF	FORTALEZA - CE		
FONES	85988767935 / 85997906108		
E-MAIL	RCS27310@gmail.com		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os 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 da 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; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 06 de Abril de 2020.

x Leandro Gomes Maciel
outorgante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najmasaid.adv@gmail.com

📧 najmasaid.adv

📍 Rua Antônio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, LEANDRO GOMES MACIEL,
 Brasileiro(a), BRASILEIRA, CONDUTOR CARRO, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 2004010388005 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº
050.065.063-26, residente e domiciliado na cidade de
FORTALEZA, estado Ceará, na Rua
HENRIQUE DIAS, Nº 252 CASA 120,
 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 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 21 de JANEIRO de 20 20

x Leandro Gomes Maciel

Declarante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📱 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, LEANDRO GOMES MACIEL,
brasileiro(a), SOLTEIRO, CONDUTOR CARRO, portador(a) do
RG nº 20040103 88005, inscrito no CPF sob nº
050.065.063-26, residente e domiciliado no endereço
RUA HENRIQUE DIAS 252,

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 21 de JANEIRO de 2020

x Leandro Gomes Maciel
Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

Najma Said

OAB/CE 28.394

TESTEMUNHA:

CPF:

85. 98799.2088 / 99955.5507

najma.said.adv@gmail.com

najmasaid_adv

Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO

Eu, LEANDRO GOMES MACIEL,
 Brasileiro(a), SOLTEIRO, portador da cédula de Identidade Nº
2004010388005 E CPF Nº 050.065.063-26, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
RUA HENRIQUE DIAS 252 MOITA SENHORA
DAS GRACAS
 na Cidade de FORTALEZA, Estado CEARA, CEP
60311-570, e forneço os meus 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.

Fortaleza, 21, de JANEIRO, de 2020.

x Leandro Gomes Maciel

DECLARANTE

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

📧 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>LEANDRO GOMES MACIEL</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>RUA HENRIQUE DIAS 252</u>		Profissão: <u>CONDUTOR CARRO</u>
CPF nº: <u>050.065.063-26</u>	RG n: <u>2004010388005</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>
Bairro: <u>MOSSA SENHORA DI GRACAS</u>	Cidade: <u>FONTELEZA</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60311-570</u>	Telefone: <u>988767935 997906108</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

FONTELEZA - CE, 21 de JANEIRO de 2020
x Leandro Gomes Maciel

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Paragrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

Najma Said

OAB/CE 28.394

85-98799.20887-99955.5507

najma.said.adv@gmail.com

najmasaid_adv

Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1233140710

PROIBIDO PLASTIFICAR
1233140710

NOME
LEANDRO GOMES MACIEL

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2004010388005 SSP CE

CPF
050.065.063-26

DATA NASCIMENTO
06/01/1992

FILIAÇÃO
ARMANDO RAMOS MACIEL
LAIS CELESTINO GOMES

PERMISSÃO
ACC
CAENAB. AE

Nº REGISTRO
06062663762

VALIDADE
09/10/2020

1ª HABILITAÇÃO
07/05/2014

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Leandro Gomes Maciel
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
22/12/2015

Igor Vaz
IGOR VASCONCELOS PONTE
ASSINATURA DO EMISSOR

90504811349
CE150144270

DETRAN-CE (CEARA)

Nº DO CLIENTE

2466234

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 07047,51/0001-70 | CGF 06.10.348-3

enei

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

54077076

Rota

11 01140 02 288600 - 0

Data de Emissão

17/12/2018

Nome

LAIS CELESTINO GOMES

End. Postal

RU HENRIQUE DIAS 00252 CS 120
NOSSA SENHORA DAS GRACAS - FORTALEZA - 60311570

Medidor

7407281

Poste

0000 D36N

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ

277365393-91

CGF

Nome do Responsável

DATAS

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Mês de Referência

Data da Apresentação

Previsão Próxima Leitura

Veja a legenda no verso desta conta.

Dez/2018

17/12/2018

16/01/2019

Out/2018

Conjunto

Mês

DICI= 0,00 F

EUSD 27,03

ICMS

Padrão Individual

Apuração Individual

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

Mensal

Trim.

Anual

Mensal

Trim.

Anual

119,74

27,00%

32,32

4,95

9,91

19,82

0,00

0,00

0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FIC

DMIC

9C35.FD2F.F43A.C046.BF4E.92C7.232C.4962

3,11

6,22

12,45

0,00

0,00

0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual

Leit. Anterior

Const.

Consumo (kWh)

Cons. Ind.

Cons. Fat.

Tarifa (R\$/kWh)

Valor (R\$)

33340

33160

1,00

180

0,00

30

0,23262

6,98

70

0,39313

27,93

80

0,59670

47,90

17/12/18

16/11/18

31 DIAS

180

82,81

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES

82,81

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079

9,97

MULTA MORATORIA REF 11/2018

2,00

JUROS DO MES

0,40

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

10,10

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

0,43

SEGURO RESIDENCIAL 3 + 1- 0800 600 0560

4,82

VENCIMENTO

24/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

110,53

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO:

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Energia

Transmissão

Distribuição

Encargos Setoriais

Tributos (ICMS PIS/COFINS)...

TOTAL

170

180

190

178

177

175

156

169

164

179

139

171

165

32,53

3,47

18,54

4,97

33,70

93,21

MED

Dez

Nov

Out

Set

Ago

Jul

Jun

Ma

Abr

Mar

Fev

Jan

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido 240,27

Compensado 240,27 (CO₂)

Consciência Ecológica (%CO₂)

0

100

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

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

Consta desta fatura R\$ 1,38 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,44% e COFINS:0,72% (Art. 9 Res. 100-2005 - ANEEL e leis n. 10.637 de 10.03.03)

Bandeira verde em dez-18, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: www.aneel.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2019109620

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 569 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **14/02/2019 14:50:29**
 Data / Hora da Ocorrência: **31/07/2018 20:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA FRANCISCO SÁ**
 Complemento: **C/ RUA PLÁCIDO DE CARVALHO**
 Bairro: **CARLITO PAMPLONA** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LEANDRO GOMES MACIEL**
 Nascimento: **06/01/1992** CPF: **050.065.063-26**
 RG: **2004010388005** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **LAIS CELESTINO GOMES**
ARMANDO RAMOS MACIEL
 Endereço: **RUA HENRIQUE DIAS , 252 CASA 120**
 Bairro: **NOSSA SENHORA DAS GRACAS**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.311-570**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98876-7937**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSH8810** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110ER810347** Renavam: **1014565542** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LEANDRO GOMES MACIEL** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OSH-8810 NA AV. FRANCISCO SÁ QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE FUGIA DA POLICIA MILITAR INVADIU A CONTRAMÃO DA AV. FRANCISCO SÁ VINDO A COLIDIR COM A VITIMA, 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:

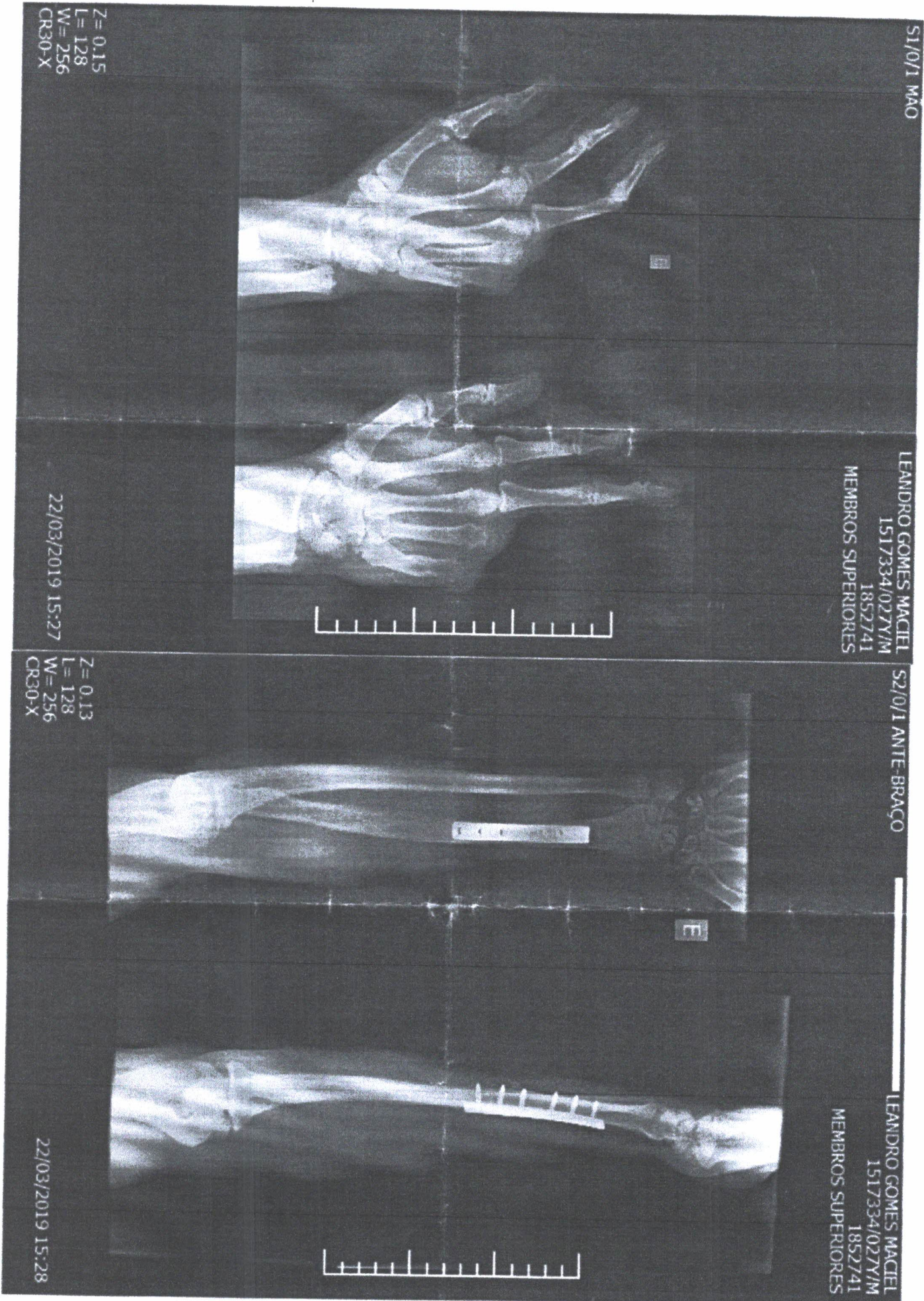
VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES

JUNIOR:08175438304

Assinado de forma digital por JOSE RODRIGUES JUNIOR:08175438304
 Dados: 2019.02.14 15:13:51 -0300

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em 28/01/2019 13:30:5

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA 31/07/2018 23:02:33	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS 709609820121174	NOME: LEANDRO GOMES MACIEL			Registro: 5327002			
CPF	RG	D. NASC. 06/01/1992	ESTADO CIVIL	SEXO M	RAÇA/COR		
NOME DA MÃE LAIS CELESTINO GOMES			NOME DO PAI ARMANDO RAMOS MACIEL				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE HENRIQUE DIAS		Nº 120	BAIRRO JACARECANGA			
COMPLEMENTO:	TELEFONE 85358042	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CEP 60000000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME ANDRESSA GOMES MACIEL		PARENTESCO: IRMÃ		TELEFONE: 989716969			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO	CBO DO EMPREGADO	CNPJ DO EMPREGADOR		CÓDIGO DO CNAER			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: COLISAO MOTO x CARRO HA 2h, ECG 15, APRESENTA FERIMENTO NA MAO E e REFERE DOR NO OMBRO E							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA Área Publica	Escala de Dor Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese							
Exame Físico							
Conduta							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA					



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5327002

NOME: LEANDRO GOMES MACIEL

DATA DE NASCIMENTO: 06/01/1992

PAI: ARMANDO RAMOS MACIEL

MÃE: LAIS CELESTINO GOMES

DATA DE ATENDIMENTO: 31/07/2018

DATA DE SAÍDA: 03/08/2018

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 31/07/2018, COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO POLITRAUMA, COM MÚLTIPLAS FRATURAS NA MÃO ESQUERDA, AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO E LUXAÇÃO DA CABEÇA DA ULNA ESQUERDA.

EM 01/08/2018, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALLEAZI ESQUERDA. OPERADO POR DR. QUEIROZ.

EM 01/08/2018, FOI SUBMETIDO À CONFECCÃO DE RETALHOS E COTOS EM NÍVEL METACARPO-FALANGEANO DOS 4º E 5º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS. OPERADO POR DR. ROBERTO CÉSAR. SAIU DE ALTA A PEDIDO.

LAUDO DIGITADO EM 22/02/2019 (JOAQUIM/C)”

Joaquim C. L. Silva
Cirurgião Plástico

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO E NUAME / IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL



uniclinic
O Hospital da sua vida



CLÍNICAS REUNIDAS

CENTRO ODONTOLÓGICO
Dr. David Cruz



udi

Atestado Médico

O (a) Sr.(a) Anderson Carneiro Mendes

Compareceu a este Hospital às _____ horas para:

1. Consulta ☒
2. Acompanhar Familiar..... ☐
3. Fazer Exame..... ☐
4. Fisioterapia ☐
5. Retorno de consulta ☐

Outrossim, comunicamos que:

A) Pode voltar em seguida ao trabalho ☐

B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐

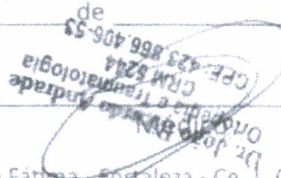
C) Deverá ficar afastado do trabalho por 30 dias fronte

_____ dias a contar desta data ____/____/____ ☒

Autorizo colocação do CID _____ (Paciente)

CID 552

Fortaleza, 18 de 01 de 20 19



Dr. David Cruz
Odontólogo e Transmologia
CPE 423.866.406-53
CRM 5244

Av. Aguanambi, 332 | Bairro de Fátima - Fortaleza - Ce | Cep: 60055-402 | PABX. (85) 3311-6000

uniclinic
O hospital da sua vida

CLÍNICAS REUNIDAS

CENTRO ODONTOLÓGICO
Dr. David Cruz

udi
UNIVERSIDADE DE IZABEL

Atestado Médico

O (a) Sr.(a) Leandro Gomes Maciel

Compareceu a este Hospital às _____ horas para:

1. Consulta ☒

2. Acompanhar Familiar..... ☐

3. Fazer Exame..... ☐

4. Fisioterapia ☐

5. Retorno de consulta ☐

Outrossim, comunicamos que:

A) Pode voltar em seguida ao trabalho ☐

B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐

C) Deverá ficar afastado do trabalho por (30) Trinta

_____ dias a contar desta data 03/08/18 ☒

Autorizo colocação do CID _____

CID 568.2/5525 (Paciente)

Fortaleza, 03 de 08 de 20 18

Médico

Dr. Saulo Rodrigues Moreira
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-CE 13.025.5807 14.460

Av. Aguanambi, 332 | Bairro de Fátima - Fortaleza - Ce | Cep: 60055-402 | PABX: (85) 3311-6000



13 Hospital da tua vida



CLÍNICAS REUNIDAS

CENTRO ODONTOLÓGICO

Dr. David Cruz



UDI

Atestado Médico

O (a) Sr. (a) Leonardo Gomes Marcel

Compareceu a este Hospital às _____ horas para:

1. Consulta ☒
2. Acompanhar Familiar..... ☐
3. Fazer Exame..... ☐
4. Fisioterapia..... ☐
5. Retorno de consulta..... ☐

Outrossim, comunicamos que:

A) Pode voltar em seguida ao trabalho..... ☐

B) Deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje..... ☐

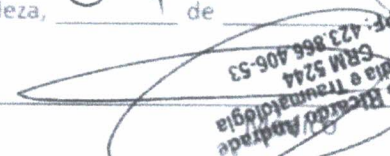
C) Deverá ficar afastado do trabalho por 30 dias

_____ dias a contar desta data ____/____/____ ☒

Autorizo colocação do CID _____ (Paciente)

CID 5 5 2

Fortaleza, 07 de 11 de 20 18



Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

Av. Aguanambi, 332 | Bairro de Fátima - Fortaleza - Ce | Cep: 60055-402 | PABX: (85) 3311-6000



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

RECEITUÁRIO

Paciente:

Leonildo Gomes Manuel

BE / Prontuário:

Paciente, 26a, com prurido
Antelmico e compustão do 4.º 5.
Aurocheto, o antelmico foi
feito e placebo placebo, euden
cladema do MSE e recemda de
cunha definitiva no mo.

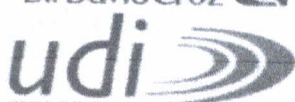
O Paciente tem condutas de se
hormonal, em um caso pequeno
ambulatorialmente

Data:

02/05/17

Ass./Carimbo do Médico

Dr. Angelo Luz
Cirurgião do Joelho
Rm 8256

  CLÍNICAS REUNIDAS	CENTRO ODONTOLÓGICO Dr. David Cruz 
---	---

Identificação do Emitente	
União de Clínicas do Ceará Ltda. - Endereço: Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima CNPJ: 05.867.015/0001-75 - Telefone: 3311.6000 - Cidade: Fortaleza - UF: CE	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL
 1ª via - Referência da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Dr. Saulo Rodrigues Moreira
 Ortopedia Traumatologia
 Cirurgia da Mão
 CRM-CE 13.025 5807 14 460

Carimbo e assinatura do médico

Paciente: Leandro Gomes Moutel

Endereço: Rua Henrique Dias, 100, Jacarandá

Prescrição:

① Cefalixima 500mg ————— 28cp
 1cp de 6/6h por 7 dias

Data: 05/08/18

Identificação do Comprador	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Data: / /	
Assinatura do farmacêutico	



CENTRO
ODONTOLÓGICO
Dr. David Cruz



CLÍNICAS REUNIDAS



Leandro Gomes Mauel

R₄ Ural

Q Articul, 16Dy — Ural
top de 12/12h por 5 dias

Q Levodur Dip, 1g — Ural
top de 6/6h por 5 dias

05/08/19

Dr. Saulo Rodrigues Moreira
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-CE 13.025 SOB 14.460

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza- Ceará
www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

SINISTRO 3190249015 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** LEANDRO GOMES MACIEL**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO LEANDRO GOMES MACIEL**CPF/CNPJ:** 05006506326**Posição em 06-04-2020 17:02:11**

O pedido de reanálise do processo não foi concluído, pois não recebemos os documentos complementares solicitados na última correspondência. Como não identificamos, na documentação apresentada anteriormente, novas lesões ou agravamento da(s) sequela(s) já indenizada(s). O pedido de indenização foi finalizado, permanecendo o valor pago.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/04/2019	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

