

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	Leônidas Maciel Ferreira Araújo		
Nacionalidade	Brasileiro	Natural	Fortaleza/CE
Estado Civil	Solteiro	RG nº	2001012038619
Profissão	Autônomo	CPF nº	012.414.903-09
Endereço	Rua Tita, 1041, Alto		
Bairro	Coim da Renta	CEP	60.180-190
Município/UF	Fortaleza/CE		
Telefone			

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mails: saboya.brandao@hotmail.com / brunop.brandao@yahoo.com.br / thiagocs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 21 de agosto de 2020.

➤ Leônidas Maciel Ferreira Araújo
OUTORGANTE

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboya.brandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiagocs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	Leônidas Maciel Ferreira Araújo		
Nacionalidade	Brasileira	Natural	Fortaleza/CE
Estado Civil	Solteiro	RG nº	2001012038619
Profissão	Autônomo	CPF nº	012.444.903-09
Endereço	Rua Tita, 1041, Alto		
Bairro	Cais do Porto	CEP	60.180-190
Município/UF	Fortaleza/CE		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 e ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 23 de agosto de 2020.

➤ Leônidas Maciel Ferreira Araújo

DECLARANTE

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - N° 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - N° 38 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboya@brandao.com brandao@brandao.com marcelobrandao@hotmail.com thiago_cva@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Leônidas Maciel Ferreira Araújo
BRASILEIRO(A), _____ (ESTADO CIVIL), _____ (PROFISSÃO),
PORTADOR DO RG Nº _____, INSCRITO NO CPF SOB O
Nº _____, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E MARCELO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS, ATUALMENTE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.**

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E MARCELO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069, 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 13 DE agosto DE 2020

➤ Leônidas Maciel Ferreira Araújo

DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-485 - ITAPAJÉ/CE

Tel.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyabrandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_csa@hotmail.com

[illegible]


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
012.414.903-09
Nome
LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO
Nascimento
20/09/1985
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

		TÍTULO ELEITORAL		IDENTIFICAÇÃO BIOMETRICA	
NOME DO ELEITOR					
LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO					
DATA DE NASCIMENTO		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO		DATA DE EMISSÃO	
20/08/1985		0072 7786 0760		04/11/2009	
MUNICÍPIO				DATA DE EXPIRAÇÃO	
SORTEALEZACE				08/11/2010	
Assinado por: <i>Leonidas Maciel Ferreira Araujo</i>					



Cagece

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Secretaria de Estado

Nº de Inscrição:

002366258

DADOS DO CLIENTE

ROSINEIDE G DOS SANTOS

RUA TIR. 1041, ALTO, CAIS DO PORTO
FORTALEZA - CEP: 60180-190

Codificação: 001.011.0431.0110.0001.00.00

ECONOMIAS					
Residencial:	Comercial:	Industrial:	Publica:		
001	000	000	000		

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral
ÁGUA	801S005436	651	653	2	5

DATAS

Leitura atual: 05/03/2020 Emissão: 05/03/2020 Lacre água: 99

Leitura anterior: 05/02/2020 Próxima leitura: 04/04/2020 Lacre esgoto: 4073896

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

	Cloro	Turbidez	Cor	Bactérias totais	Escherichia coli
Nº de amostras	510	510	121	510	510
Exatidão	534	533	534	534	534
Em conformidade	532	531	534	514	532

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	
		Mês/Ano	Expos ^{m³}
ÁGUA	26,30		
ESGOTO	22,64	mar/19	5
		abr/19	5
		mai/19	5
		jun/19	5

Scanned by CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO
Impresso nº 2020127734



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 413 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/02/2020 13:47:31**
Data / Hora da Ocorrência: **09/01/2020 10:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV SEBASTIÃO DE ABREU, COCO - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados de(s) Vitima(s)

Nome: **LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO**
Nascimento: **20/08/1985** CPF: **012.414.903-09**
RG: **2001012038619** Órgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DE FATIMA FERREIRA ARAUJO**
JOSE CANDIDO DE ARAUJO
Endereço: **RUA TITAN, 1041 ALTOS**
Bairro: **CAIS DO PORTO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.180-190**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8725-3682**

Dados de(s) Veículo(s)

1) Placa: **POE6944** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9CZKCC2200KR127570** Renavam: **1204468608** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN** Ano Fabricação: **2019** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**
Proprietário: **NOVA ERA CONSULTORIA IMOBILIARIA EIRELI** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 09 DE JANEIRO DE 2020, POR VOLTA DAS 10H00, TRAFEGAVA PELA AVENIDA SEBASTIÃO DE ABREU, NA MOTOCICLETA HONDA CG 160 FAN, PLACA POE 6944, QUANDO DERRAPOU NA VIA, QUE ESTAVA MOLHADA, UMA VEZ QUE CHOVIA NA OCASIÃO, QUE VEIO A SOLO, FRATURANDO DEDO POLEGAR E MÃO ESQUERDOS, ENTRE OUTRAS LESÕES NA MÃO DIREITA E TORNOZELO ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDOS PELO SAMU, O QUAL LEVOU-LHE PARA O HOSPITAL FROTINHA DO BAIRRO ANTÔNIO BEZERRA, E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:
MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:
MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

VISTO DO DELEGADO(A):
MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO

Pág. 1 de 1

Gerado em: 12/02/2020 13:50:07

Impresso em: 12/02/2020 13:50:07

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO ESTATÍSTICO - SAME



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Leônidas Maciel Ferreira Araujo** - C.P.F. - 012.414.903-09, no dia 09/01/2020, às 10h57min, na Avenida Sebastião de Abreu, no Bairro Edson Queiroz (Cocó), vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

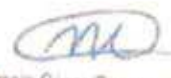
Documento requerido por meio do Processo nº P032446/2020.

Fortaleza, 21 de Janeiro de 2020.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Marcelo Cesar Campos Cabral
SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Vol. 4/487-1

Marcelo César Campos Cabral
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 132 REGIONAL FORTALEZA



R-052446/2020
R. Libânio de Azevedo - 984.25.36.22

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

98974.9526

VEÍCULO: V-03 PONTO DE APOIO: Rua II Nº DA OCORRÊNCIA: 0328
DATA: 09/01/19 TURNO: MT EQUIPE: Vici. R. Araújo
NOME: Beuvinho Manoel Ferreira Araújo IDADE: 34 SEXO: M
ENDEREÇO: R. Sebastião de Albuquerque - S.Nº
REFERÊNCIA: R. São João da Boa Vista BAIRRO: C. D'Amorim
QTY: 10:44 QUS: 10:54 QV: 11:54 QVU: 12:19
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colica l. Quilô de fígado

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO ☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO
EXPANSÃO TORÁCICA ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO) ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE

☒ PÉRVES ☐ OBTURADAS POR:

A
B
Padrão Respiratório: ☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE
Inspeção: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA
Palpação/Percussão: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA
Ausculta: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA

C
Pulso: ☐ NORMOCÁRDICO ☒ CRISTO ☐ TRACICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL
Pele: ☒ QUARADA ☐ SUDOREICA ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE ☐ FRIA
Envolvimento Capilar: ☐ ≤ 2 seg ☒ > 2 seg
Sangramento Externo: ☐ SIM ☒ NÃO

D
LOCAL:
ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)
ABERTURA OCULAR: ESPONTÂNEA (4) 4, A VOZ (3) 3, A DOR (2) 2, NENHUMA (1) 1
RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (A) / SONRI (P) (5) 5, CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL (P) (4) 4, PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) (3) 3, SOMS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMIMENTO (P) (2) 2, NENHUMA (1) 1
RESPOSTA MOTORA: OBEDECE A COMANDOS (6) 6, LOCALIZA A DOR (5) 5, MOVIMENTO DE RETIRADA (4) 4, FLEXÃO ANORMAL (3) 3, EXTENSÃO ANORMAL (2) 2, NENHUMA (1) 1
TOTAL: 15
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS

E
ADULTO LESÕES: A.T.W. paradas para 1º. Cretalis
PEDIÁTRICO

SAMPLA
FC: 40 PA: 20x80 PR: 18 GLC: - OXIM: 98% TEMP: -
pac. vit. de quadro de fígado alterado, peso recente a crescer principal e dar um pouco de dor no fígado e fígado de fígado e fígado.



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
 Telefone (85) 3283.4734 / 95800.0775

RECEITUÁRIO

LAUDO

Paciente Leandro da
 Silva Figueira Aguiar Sobrinho
 Natureza civil 2.000.000.000
 + Natureza civil 1.000.000.000
 Teve como ref. em 09/01/2020
 submetido a tratamento
 conservador + mobilização
 1.000.000.000 com melhora
 de função de 50%
 e dor de 30% perder a
 mobilização + limitação de
 movimento de flexão e
 extensão de quadril de 10°
 e 10°

Dr. João Batista Gomes da Silva
 Médico - CRM: 5155
 CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 10/03/2020



HDEAM Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Fortaleza

ATESTADO MÉDICO

O Sr(a)

*Leonidas Manoel
Ferreira Araújo*

Foi atendido (a) neste Hospital:

Dia: *22* de *01* de *20* as _____ hs _____

Tendo como causa do atendimento: _____

1. () paciente foi atendido nesta instituição as _____ hs

E pode retornar à suas atividades.

2. ☒ Necessitando de *30* () dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivos de Doença ou agravos: _____

3. () Encontra-se a() Apto() Inapto a prática curricular de Educação física.

4. () Não apresenta, no momento, sinais e/ou sintomas de Doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho

5. () Paciente encaminhado à especialidade: _____

Fortaleza,

22 de *01* de *20*

[Assinatura]
Médico CRM

15/10/2020 14:10:10
C-107-2020-4 T-100000-4
CREMFG 2015

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA 294 - ANTONIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARA - PABX (85) 3488 32 10



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

RECEITA

Jeremias Michael
Ferreira Araújo

Rx Clonazepam 0,5mg
sem controle de
816h

09/01-20

[Signature]
MARCOS VINÍCIUS
DE OLIVEIRA
FERNANDES
CRM 10.115

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS,
PREJUDICAM A SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - FAX (85) 34983210 CNPJ - 4.885.197/0010-35



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Fortaleza

RECEITA

Leonides Maced
Ferreira Araújo

13 30 SS de Sintetomina

05/05/2020

Ordem de Trabalho
PRIMEIRA

QUANDO RETORNAR AO MEDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS
PREJUDICAM A SAÚDE PERGUNTE AO SEU MEDICO

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO NEZERRA - PARX (85) 34683219 CNPJ - 04.885.197/0010-35



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza

ATESTADO MÉDICO

O Sr(a) _____

Foi atendido (a) neste Hospital:

Dia: 09 de 01 de 20 as _____ hs

Tendo como causa do atendimento: _____

1. () paciente foi atendido nesta instituição as _____ hs

E pode retornar à suas atividades.

2. ☒ Necessitando de _____ () dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivos de Doença ou agravos: _____
3. () Encontra - se a() Apto() Inapto a prática curricular de Educação física .
4. () Não apresenta, no momento , sinais e/ou sintomas de Doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho
5. () Paciente encaminhado à especialidade: _____

Fortaleza, 09 de 01 de 20

Mário Jorge Gomes de Figueiredo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2615

Médico CRM

HOSPITAL DISTRITAL Dr EVANORO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA 294 - ANTONIO BEZERRA
FORTALEZA - CEARA - PAIX (85) 3488 32 10



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha do Antônio Bezerra



Fortaleza

RECEITA

Jeremias Michael
Ferreira Araújo

Rx Clonazepam 0,125
sem consumo de

8136

09
01-20

[Signature]
MEDICINA
Osteopatia
Fisioterapia

QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, RESÍDUOS ALCOÓLICAS E CIGARROS
PREJUDICAM A SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

RUA CANDIDO MOTA - 224 - ANTONIO BEZERRA - PAIX (62) 34882210 CNPJ - 4.865.187/0019-05



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Fortaleza

RECEITA

Leonilda Macedo
Ferreira Araújo

10 30 SS de Finotempina

05/05/2020

Original e Traslado
Número 254



QUANDO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA
O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS
PREJUDICAM A SAÚDE - PERGUNTE AO SEU MÉDICO
RUA CANDIDO MOTA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PAÍS (35) 3482219 CNPJ - 04.885.127/0010-35

PRESCRIÇÃO MÉDICA		CHECKAGEM
ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS		
ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM		ASS. / CRM:
ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA		
ASS. / LOREN:		
ASS. /		
UNIDADE DE SAÚDE: <u>Unidade de Apoio Básica</u> LIBERADO: ☒ RECLUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO: ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE IENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☒ NÃO IS. DO RESPONSÁVEL: DESTINO DO PACIENTE BOLETIM EMERG: ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO: EM: / / às hs		
COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES SPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: IS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: TERMO DE RECUSA J, _____ RG / CPF _____ ECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHINA WITHIN THE WORLD

© Copyright: 2015

USO CREAL

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

FORM 9-01 (2001) (Rev. 1-2001)

LOWERS THE COST OF YOUR BUSINESS

Only 100,000 copies of the book were printed, and it was sold for only 10 cents. The book was a great success, and it was the first of many books that the author wrote.

TECHNICAL STAFF: 1991/2001 POINT 6 (DALS)

104
Panda club 42112h
per 5 dies

15012000

QUESTA CANZONÈ BOHÈMES

5404CRIA

1

1. *Chlorophyll a* and *Chlorophyll b* contents were determined using a spectrophotometer (Shimadzu UV-160U) at 663 nm and 646 nm, respectively. The total chlorophyll content was calculated using the following formula: $\text{Total Chlorophyll} = \frac{12.7 \times \text{Abs}_{663} + 22.9 \times \text{Abs}_{646}}{1000}$.

La leyenda más difundida sobre el origen del nombre de este municipio es la siguiente:

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115693

Vítima: LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LEONIDAS MACIEL FERREIRA ARAUJO

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 341

Agência: 000004445

Conta: 0000034811-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,