

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 14

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	TIAGO PEREIRA MOREIRA		
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)		
Natural	MONBAÇA-CE		
Estado Civil	CASADO (A)		
RG nº	2006029194369	SSP-CE	02/02/2015
CPF nº	035.238.723-83		
Profissão	GARSON		
Endereço	RUA SAO JOSE DAS GOIABEIRAS ,120		
Complemento	AP 202		
Bairro	BARRA DO CEARA		
CEP	60.331-630		
Município/UF	FORTALEZA-CE		
Telefones	(85)98926-5047 OI (85)98414-1426		

OUTORGADOS: **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 para receber intimações na Rua São Paulo – nº 32 – 2º Andar – Sala 204 – Bairro Centro – CEP: 60.030-100 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@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 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, 26 de fevereiro de 2016.


OUTORGANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 2º ANDAR - SALA 204 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

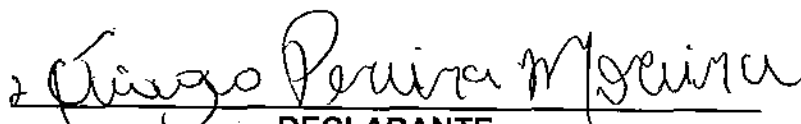
E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago_cs@hotmail.com marcelobrandao@hotmail.com

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	TIAGO PEREIRA MOREIRA		
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)		
Natural	MONBAÇA-CE		
Estado Civil	CASADO (A)		
RG nº	2006029194369	SSP-CE	02/02/2015
CPF nº	035.238.723-83		
Profissão	GARSON		
Endereço	RUA SAO JOSE DAS GOIABEIRAS ,120		
Complemento	AP 202		
Bairro	BARRA DO CEARA		
CEP	60.331-630		
Município/UF	FORTALEZA-CE		
Telefones	(85)98926-5047 OI (85)98414-1426		

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 as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 26 de fevereiro de 2016.


DECLARANTE

EU, TIAGO PEREIRA MOREIRA, BRASILEIRO (A), CASADO (A), GARSON, PORTADOR DO RG Nº 2006029194369 SSP-CE 02/02/2015, INSCRITO NO CPF SOB Nº 035.238.723-83, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA RUA SAO JOSE DAS GOIABEIRAS, 120, AP 202, BARRA DO CEARA, 60.331-630, FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85)98926-5047 OI (85)98414-1426,

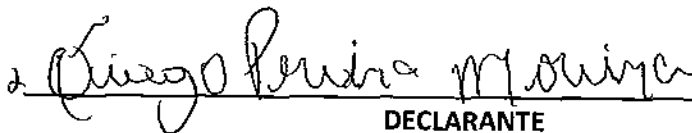
DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 6º ANDAR - SALA 609 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - 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 PRESENTE PROCESSO ADMINISTRATIVO, 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 no OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2º Andar sala 204 Bairro Centro, CEP - 60.030-100 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, 26 de fevereiro de 2016.



DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

DETRAN - CE Nº 011610085552
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CE Nº 011610085552 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA 01 COD-BENAVIM 00461972956 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2014

NOME
TIAGO PEREIRA MOREIRA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF / CNPJ 03523872383 PLACA CIA9063/CE

PLACA ANT / UF / CE 802KDO550CR007916

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 09/05/2014

VIA 01 CPF / CNPJ 03523872383 PLACA CIA9063/CE

00461972956 HONDA/NXR150 BROS E

ANO FAB 2012 CATÁLOGO 09 CHASSI 9C2KDO550CR007916

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129,04 DENATRAN (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL A SER PAGADO 148,51

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUEDA 05/05/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/7NAB APLIC COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS E ANO 2012

CAP / POT / CIL 22 / 10CV / 145CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS 1 2 3

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

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

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 09/05/2014

Assinado digitalmente por Igor Ponte
Superintendente de Registro e Licenciamento de Veículos

6731493-7

391373909

23/06/2015

16 01150 29 357800 - 2

TIAGO PEREIRA MOREIRA

RU SAO JOSE DAS GOIABEIRAS 00120 AP 202
BARRA DO CEARA - FORTALEZA - 60331630

8885619

1000 999P

01-RESIDENCIAL MONOFASICO

0,00

035238723-83

V/2015 23/06/2015 22/07/2015

Hbr/2015
DUDEI= 0,00 P

3,49	27,00	19,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
46,1793	0,00	1,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

17490	17391	1,00	99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
-------	-------	------	----	------	------	------	------	------	------

06/15	21/05/15	03/04/16	99	68,49
-------	----------	----------	----	-------

LOR CONSUMO DO MES	68,49
ULTA MORATORIA REF 05/2015	1,55
PROS DO MES	0,21
UNIMACAO PUBLICA MUNICIPAL	4,54
ACIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,96)	

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

NOME: TIAGO PEREIRA MOREIRA

DOC NACIONAL / ENDENADOR W: 0006029194969 RSTCA CE

CPF: 035.238.723-83 DATA NASCIMENTO: 17/01/1988

PERMITE: ANTONIO BULAC ALVES MOREIRA
LUIZA EUFRASIO PEREIRA MOREIRA

PERMISSÃO: 01822541798 VALIDADE: 26/01/2015 P. HABILITAÇÃO: 16/04/2010

VÁLIDA EM TODAS AS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1076370002

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ILAGO PEREIRA MOREIRA	
DOCUMENTO / ORG. EMISSOR UF 2006029194369 SSPS CE	CPF 035.238.723-83
DATA NASCIMENTO 17/01/1988	
FILIAÇÃO ANTONIO EULAIO ALVES MOREIRA LUIZA EUFRASIO PEREIRA MOREIRA	
PERMITEÇÃO 	ACC CAT. AB
Nº REGISTRO 04922941798	VALIDADE 28/01/2020
1ª HABILITAÇÃO 16/04/2010	
SEM OBSERVAÇÃO	
ASSINATURA DO PORTADOR 	
LOCAL PORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 02/02/2015
ASSINATURA DO CATEGORISTA 	
48267845790 62145951677	
DETRAN-CE (CEARA)	



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 33. DISTRITO POLICIAL

DELEGACIA DO 33. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 133 - 1789 / 2014

Pag. 1 de 1

Impresso em: 15/04/2014 04:41

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 15/04/2014 16:14:47
Data / Hora da Ocorrência : 15/04/2014 16:14:47
Endereço da Ocorrência: AV LESTE OESTE
PIRAMBU FORTALEZA /CE
Ponto de Referência: COM A AV THEMBERG

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: TIAGO PEREIRA MOREIRA
Nascimento : 17/01/1988
RG: 2006029194369 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:
Filiação: ANTONIO EULALIO ALVES MOREIRA
LUIZA EUFRAZIO PEREIRA MOREIRA
Endereço: R DO ORIENTE 137
GOLABEIRAS
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: 89613766

Histórico

NARRA A VITIMA QUE NA DATA E NO LOCAL ACIMA CITADOS CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA 130 CCM'S DE COR PRETA ANO 2012 DE PLACA OIA-9063 QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM VEICULO FIAT UNO DE COR AMARELA DE PLACAS NÃO SABIDOS, QUE DEU UM FREIO BRUSCO E O MESMO VEIO A COLDIR NA TRASEIRA DO CITADO VEICULO. DECLARA A VITIMA QUE FOI SOCORRIDO PELO O SAMU QUE O LEVOU AO HOSPITAL FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS. E NADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 33. DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *[Assinatura]*

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *[Assinatura]*
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *[Assinatura]*
VISTO DO DELEGADO(A) : *[Assinatura]*

MATRÍCULA: 012730-1-9



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 33. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 133 - 1789 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/04/2014 16:14:47**
Data / Hora da Ocorrência : **23/02/2014 16:30:47**
Endereço da Ocorrência: **AV LESTE OESTE**

PIRAMBU FORTALEZA /CE.

Ponto de Referência: **COM A AV THEMBERG**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **TIAGO PEREIRA MOREIRA**
Nascimento : **17/01/1988**
RG: **2006029194369** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:
Filiação: **ANTONIO EULALIO ALVES MOREIRA**
LUIZA EUFRAZIO PEREIRA MOREIRA
Endereço: **R DO ORIENTE 137**
GOIABEIRAS
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **89613766**

Histórico

NARRA A VÍTIMA QUE NA DATA E NO LOCAL ACIMA CITADOS CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA 150 BRÔN ES DE COR PRETA ANO 2012 DE PLACA-GIA-9063 CIASSI-9C2KD0550CR007916 RENAVAM-461972956 QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM VEICULO FIAT UNO DE COR AMARELA DE PLACAS NÃO SABIDOS,QUE DEU UM FREIO BRUSCO E O MESMO VEIO A COLDIR NA TRASEIRA DO CITADO VEICULO. DECLARA A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDO PELO O SAMU QUE O LEVOU AO HOSPITAL FROTINHA DE ANTONIO BEZERRA ONDE RECEBEU SO PRIMEIROS SOCORROS. E NADA MAIS

DINSE

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 33. DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : _____

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

FRANCISCO SIDNEY FURTADO RIBEIRO - MAT.: 012730-1-9

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA CÂNDIDO MATA, 294 - ANTº BEZERRA

000040527 23/02/2014 18:51:57 FICHA DE ATENDIMENTO CIRURGIA GERAL NOTURNO

Paciente TIAGO PEREIRA MOREIRA Data Nascimento 17/01/1988 Idade 26 A 1 M 6 D QNS CPF 03523872383 Prontuário 000208

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade

CNH 04922941798 DETRAN 16/04/2010 M SOLTEIRO(A) PARDA FORTALEZA

Mãe LUIZA EUFRASIO PEREIRA MOREIRA Pai ANTONIO EULAIO ALVES MOREIRA

Endereço RUA - SILVA ROMERO - 442 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA - CE

Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Carate do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Sector AMBULATORIO Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: DENYS AFONSO

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: _____ h)

Paciente apresentando lesão contusiva em peço (2) de 1 cm x 1 cm, com presença de COILAVAGEM e suturas de 1 cm + pontos + pontos + pontos médicos (3 pontos).

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

PREPARETE CONCAVES
CRM: 4637

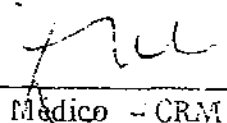


ATESTADO MÉDICOO Sr (a): JAGO PEREIRA MONTANA

Foi atendido (a) neste hospital:

Dia: 23 de FEVEREIRO de 2014 às 20:00 hsTendo como causa do atendimento: LESÃO CONTUSIVAna mão EM GRIPO (E) CID: _____

1. () Paciente foi atendido nesta instituição às _____ hs e pode retornar à suas atividades.
2. (X) Necessitando de 7 (7) dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivo de doença ou agravos. CID: _____
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, 23 de FEVEREIRO de 2014
Medico - CRM _____HOSPITAL DISTRICTAL DR. EVANDRO AYES DE MOURA
Rua Cândido Costa, 134 - Anel Bezerra
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3442 32 10



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRICTAL DR. EVÂNIO AYRES DE VASCONCELOS



ATESTADO MÉDICO

O Sr (a): MARCELO PEREIRA BRANDAO

foi atendido (a) neste hospital:

Dia: 02 de 02 de 16 às 16 hs

Tendo como causa do atendimento: lesão

do joelho CID:

1. () Paciente foi atendido nesta instituição às 16 hs e pode retornar à suas atividades.

2. () Necessitando de tratamento para retornar às suas atividades laborais ou escolares por motivo de doença ou agravos. CID:

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, 02 de 02 de 16

[Assinatura]
Médico - CRM

HOSPITAL DISTRICTAL DR. EVÂNIO AYRES DE VASCONCELOS
Av. Cândido Mota, 295 - 40110-000 - Fortaleza
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3338 32 10

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
RUA: CÂNDIDO MOTA, 284 - ANT. BEZERRA

fls. 24

1400042532 28/02/2014 14:38:52 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA/ORTOPEDIA DIURNO 147

Paciente: TIAGO PEREIRA MOREIRA Data Nascimento: 17/01/1988 Idade: 26 A 1 M 11 D CNS: CPF: 03523872383 Prontuário: 00028961
Tipo Doc: Documento CNH 04922941798 Órgão Emissor: DETRAN Data Emissão: 16/04/2010 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: FORTALEZA Naturalidade: FORTALEZA
Mãe: LUIZA EUFRASIO PEREIRA MOREIRA Pai: ANTONIO EULAO ALVES MOREIRA
Endereço: RUA - SILVA ROMERO - 442 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA - CE Contatos: ---

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Motivo do Atendimento: CONSULTA Carate do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão: Setor: AMBULATORIO Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: LUTIANE FREITAS

Queixa Principal: () Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue

Anamnese da Enfermagem: GSC: TOTAL: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Exame Físico: Dor e limitação em joelho (E) LS 50kg - Negativo

Hipótese Diagnóstica: FOJA com aspecto

SADT - Exames Complementares: () RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO: APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO:

Condição: () Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelar () Transferência para: () Ambulatório () Observação (Até 24h) () Internação Data e Hora da Saída/Alta: 1 / 1 / 1

Óbito: Antes do 1º Atendimento? () Sim Destino: () Família () IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico



1488842632



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA



ATESTADO MÉDICO

O Sr (a):

Marcelo Pereira Brandão

Foi atendido (a) neste hospital:

Dia: 28 de 02 de 14 às _____ hs

Tendo como causa do atendimento:

Enter
do joelho

CID: _____

1. () Paciente foi atendido nesta instituição às _____ hs
e pode retornar à suas atividades.

2. (☒) Necessitando de _____ (☒) dias de afastamento
de suas atividades laborais ou escolares por motivo de doença
ou agravos. CID: _____

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, 28 de 02 de 14

[Assinatura]
Médico / CRM

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
Rua Cândido Maia, 294 - Anjo Bezerra
Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3488 32 10



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA



ATESTADO MÉDICO

O Sr (a): TAGO PEREIRA MONTEIRO

Foi atendido (a) neste hospital:

Dia: 23 de FEVEREIRO de 2014 às 20:00 hs

Tendo como causa do atendimento: LESÃO COM CONTUSÃO EM JOELHO (E) CID: _____

1. () Paciente foi atendido nesta instituição às _____ hs e pode retornar à suas atividades.

2. (X) Necessitando de 7 (03) dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivo de doença ou agravos. CID: _____

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, 23 de FEVEREIRO de 2014

BRUNO LITE GONÇALVES
CRM: 4537
Médico - CRM

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
Cândido Mota, 294 - Ant. Bezerra
Fortaleza - Ceará
4088 32 10



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2014

Carta nº: 4615614

A/C: TIAGO PEREIRA MOREIRA

Sinistro: 2014469362
Vitima: TIAGO PEREIRA MOREIRA
Data Acidente: 23/02/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

Relativamente ao acidente ocorrido em **23/02/2014**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT