

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Leonardo Azevedo Campos, brasileiro
Solteiro, Maestran, CPF Nº 058.235.474-98 RG nº
7288-733 domiciliado na Rua Francisco José Costa
nº 116, Bairro Barroso,
Fortaleza -Ceará, CEP 60826-630.

OUTORGADOS: **LEONARDO ARAGÃO BERNARDO**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB/CE nº 26.983, CPF nº 036.732.753-80, **IAGÊ FIGUEIREDO CASTRO TEIXEIRA**, inscrito na OAB/CE nº 31.545, CPF nº 890.254.153-34, **Camila Menezes Vieira dos Santos**, OAB/CE nº 37.252, **Fernando Rocha Bernardo**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE nº 3.514, CPF nº 112.472.313-72, **Nilo Sérgio de Araújo Filho**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB/CE nº 27.684, CPF nº 041.536.383-74, **Lucas Monte Castro**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE nº 32.852, CPF nº 042.402.753-42, podendo agir em conjunto ou individualmente, todos com escritório profissional abaixo indicado, onde recebem intimações, citações, notificações etc.,

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere os poderes contidos na Cláusula AD JUDICIA E EXTRA, para o foro em geral patrocinarem interesse da outorgante, quer perante as Repartições da Administração Pública Direta ou Indireta, Federais, Estaduais, Municipais, podendo os OUTORGADOS movimentar qualquer alvará junto a CAIXA ECONÔMICA FEDERAL ou BANCO DO BRASIL com finalidade de movimentação de FGTS, RPV, Precatório ou de qualquer outro valor de depósito judicial das ações que os Outorgantes sejam constituídos como patronos, quer em ações em que seja autora ou ré, assistente ou oponente, podendo interpor recursos, apelar, fazer composição amigável, **DESISTIR**, transigir, renunciar, firmar compromisso, fazer declarações, passar recibos, receber e dar quitação, fazer levantamento de RPV ou precatório, bem como os poderes especiais para apresentar queixa e/ou representação, enfim, praticar todos os atos concernentes ao desempenho dessa função, finalmente tudo fazer para o completo cumprimento deste mandato, podendo inclusive substabelecer em outrem com ou sem reservas de poderes, bem como agir em conjunto ou separadamente..

Fortaleza-Ceará, 18 de outubro de 201 9.

Leonardo Azevedo Campos

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Leandro Alencar Campos, brasileiro, solteiro
montador, CPF Nº 058.235.474-98 RG nº 7288-733
domiciliado na Rua Francisco José Costa nº 116, Bairro
Banoso, Fortaleza - Ceará
CEP 60826 - 630, **DECLARA**, nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 1.060, de 05 de
fevereiro de 1950, com a redação dada pela Lei n.º 7.510, de 04 de Julho de 1986, bem como art.
8.º da mesma Lei, c/c o art. 5.º, inciso XXXV, da Constituição Federal, que não podem arcar com
as custas e diligências processuais, pelo que requer os benefícios da Assistência Judiciária
Gratuita.

Fortaleza-Ceará, 18 de outubro de 201 9.

Leandro Alencar Campos
DECLARANTE

CONTRATO PARTICULAR

Pelo presente instrumento particular, que entre si fazem, de um lado como cliente/contratante e assim doravante denominado **CONTRATANTE**: Leandro Gelacion Campos, brasileiro, solteiro, Montador, CPF Nº 058.235.474-98, RG nº 7288-733, domiciliado na Rua Francisco José Costa nº 116, Bairro Bomoso, 630 e de outro lado, como prestador de serviço/contratado, assim doravante indicado, os advogados **LEONARDO ARAGÃO**

BERNARDO, OAB-CE nº 26.893 e **IAGÊ FIGUEIREDO TEIXEIRA** OAB/CE 31.545, ambos com escritório próprio na Rua Senador Alencar nº 631, Centro, Fortaleza-CE, têm entre si, com fulcro no artigo 22 da Lei nº 8.906/94, mediante as seguintes cláusulas e condições:

Cláusula Primeira – O Contratado compromete-se, cumprir o mandato recebido e a defender os interesses jurídicos do Contratante.

Cláusula Segunda – O Contratante, que reconhece já haver recebido a orientação preventiva comportamental e jurídica para consecução dos serviços, fornecerá ao Contratado os documentos e meios necessários à comprovação processual do seu pretendido Direito. No caso da documentação a ser apresentada, se compromete o **CONTRATANTE** a entregar no ato da assinatura deste contrato **TODA** a documentação necessária para a propositura da Ação, autorizando **CONTRATADO** a permanecer com esses documentos até o término da Ação Judicial e da devida quitação dos honorários advocatícios contratados.

Cláusula Terceira – Em remuneração pelos serviços profissionais ora contratados, serão devidos honorários advocatícios de R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) fixos mais a porcentagem no aporte de 10% sobre do valor monetário TOTAL recebido oriundos de qualquer Ato Judicial. Caso, após a assinatura do contrato, haja o recebimento por parte do **CONTRATANTE**, de qualquer valor relativo aos direitos versados na ação inerente a esse contrato, incidirá igual porcentagem da **CLÁUSULA TERCEIRA** sobre o montante TOTAL recebido ou a receber, não isentando uma possível taxa de desistência, caso alguma das partes venha a desistir do Processo. **Parágrafo Primeiro** – **EM CASO DE LIBERAÇÃO DOS VALORES DA CONTA VINCULADA AO FGTS E/OU HABILITAÇÃO NO PROGRAMA DE SEGURO DESEMPREGO**, incidirá igual porcentagem da **CLÁUSULA TERCEIRA** sobre o montante TOTAL recebido ou a receber. **Parágrafo Segundo** – Em caso de acordo ou alvará judicial, o **CONTRATANTE** autoriza desde já que os valores sejam efetuados na conta DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, OP 013, AGÊNCIA 2015, CONTA POUPANÇA Nº 5139-9, CPF 036.732.753-80, pertencente aos CONTRATADOS. **Parágrafo Terceiro** – A parte **CONTRATANTE** autoriza aos **CONTRATADOS** a deduzir o total dos honorários contratuais devidos no pagamento das primeiras parcelas dos acordos, condenações judiciais, valores na conta do FGTS ou parcelas do Seguro-Desemprego. Ficando desde já os Advogados Contratados autorizados a deduzir, dos valores recebidos para o(a) Contratante, a importância referente a honorários e despesas mediante prestação de contas, conforme preceitua o artigo 35, §2º, do Código de Ética e Disciplina da Ordem dos Advogados do Brasil.

Parágrafo Quarto – **Em caso de DESISTÊNCIA de qualquer das partes antes da propositura da Ação, ficará a parte desistente obrigada a pagar uma multa a outra parte no valor de R\$ 2.500,00 (DOIS MIL E QUINHENTOS REAIS)**. Caso a desistência ocorra no tramite da ação, os valores ficam vinculados ao estabelecido no caput dessa cláusula, ou seja 30% do valor Caução para fins de base de cálculo da referida taxa.

Cláusula Quarta – a ausência injustificada a qualquer audiência será considerada como desistência da parte ausente. Devendo arcar com os valores expostos no **Parágrafo Quarto da Cláusula Terceira** desse contrato, as quais versam desistências e seus ônus.

Cláusula Quinta – Considerar-se-ão vencidos e imediatamente exigíveis os honorários ora contratados, no caso do Contratante vir a revogar ou cassar o mandato outorgado ao Contratado ou a exigir o substabelecimento com ou sem reservas, sem que este tenha, para isso, dado causa ou autorização expressa, assinada por ambos os Contratados.

Cláusula Sexta – Os honorários de sucumbência pertencerão aos Advogados, sem exclusão dos contratuais, conforme os artigos 23 da Lei nº 8.906/94 e 35, parágrafo 1º, do Código de Ética e Disciplina da OAB. Não sendo de responsabilidade do **CONTRATADO** a sucumbência da parte adversa, sendo vedada qualquer compensação para pagamentos de condenações sucumbências.

Cláusula Sétima – Caso seja verificado que uma das partes faltou com a verdade dos fatos ou omitiu algo que prejudicasse essencialmente o pleito judicial, essa parte deverá pagar a título de indenização a quantia de R\$ 2.000,00(DOIS MIL REAIS) para a parte lesada pelo desconhecimento da realidade dos fatos. Não considerando ainda as responsabilidades processuais do ato.(Litigância de má fé)

Cláusula Oitava – O Contratante pagará ainda à custa e despesas judiciais, extração de fotocópias, de autenticações de documentos, de expedição de certidões ou quaisquer outros gastos decorrerem dos serviços ora contratados.

Cláusula Décima – Elegem as partes o foro da Comarca de Fortaleza-CE, para dirimir controvérsias que possam surgir do presente contrato, podendo o Advogado optar pelo foro de residência do Contratante.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente em duas vias de igual forma e teor.

Fortaleza, 18 de OUTUBRO de 201 9.

Contratante: Leandro Gelacion Campos

Contratado: _____

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas de iguais, na pessoa da advogada dra. **Juliana Benício de Souza Carvalho**, brasileira, casada, inscrita na OAB/CE sob o nº 42.291, CPF nº 04143413337, os poderes que me foram outorgados por **Leandro Alencar Campos**.

Fortaleza, 22 de outubro de 2019.



NILO SÉRGIO DE ARAÚJO FILHO
Advogado
OAB/CE 27.684

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 058.235.474-98 Nome completo da vítima: Leonardo Cleber Campos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Leonardo Cleber Campos CPF: 058.235.474-98
Profissão: montador Endereço: Rua Francisco José Costa Número: 116 Complemento:
Bairro: Barroso Cidade: Fortaleza Estado: CE CEP: 60826-630
E-mail: Tel.(DDD): (85) 8623-8359

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 9418 CONTA: 00019226 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Fortaleza, 02/04/2019

Nome: Leonardo Cleber Campos

CPF: 058-235-474-98

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PROCURAÇÃO

Outorgante: Leandro Gleician Campos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão montador, residente e domiciliado à Rua Francisco José Costa, nº 116, bairro Barroso, Município de Fortaleza, Estado de(o) Ceará, Cep: 60826-530, portador(a) do Rg nº 7288-733, SSP/CE e CPF nº 058.235.474-98.

Outorgado: Leonardo Aragão Bernardo, brasileiro, casado, advogado, OAB/CE 26.983, CPF nº 036.732.753-80, com escritório profissional à Rua Senador Alencar, nº 631, sala 112, Centro, Fortaleza, Ceará, CEP: 60030-050.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Leandro Gleician Campos, ocorrido em 27 / 09 / 2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Fortaleza, 04, de Fevereiro de 2019.

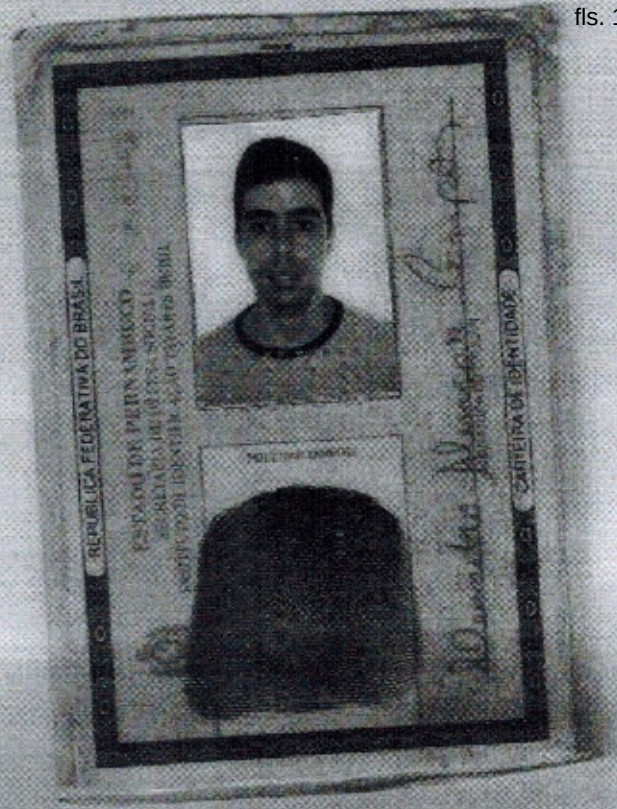
Cartório de
Messejana

Outorgante

CPF Nº 058.235.474-98

Obs.: Reconhecer firma em cartório por auten





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.288.733 **28/09/2009**

LEANDRO ALENCAR CAMPOS >>

<< JOSE FERREIRA CAMPOS >>

<< SOCORRO DE FATIMA SILVA ALENCAR >>

RECIFE - PE **19/10/1985**

<< CN.114.973 L.98 A.F.231 V CART.

STO ANTONIO RECIFE PE.16.09.93. >>

ASSINATURA DO titular **LEANDRO ALENCAR CAMPOS** **F. 28.12.93**

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número **058.235.474-98**

Nome **LEANDRO ALENCAR CAMPOS**

Nascimento **19/10/1985**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIAEu, Leandro Alencar CamposRG nº 7288-733, data de expedição 28/09/2009, Órgão SDS,

CPF nº 088.235.474-98, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Francisco José Costa</u>
Número	<u>116</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bomoso</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>60826-630</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 98623-8359</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza, 02/04/2019Assinatura do Declarante: x Leandro Alencar Campos

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B1 GENE B-4 Nº 36941014
Data de Emissão 08/03/2019
Rota 03 01220 15 126600 - 5
Nome FRANCISCA ROZINEIE FREIRES
End. Postal RU FRANCISCO JOSE COSTA 00116
 BARROSO - FORTALEZA - 60862630
Medidor 11497727 **Posto** 1114 0000
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG/CPP/CNPJ 672932633-68 **CGF**
Nome do Responsável

Mês da Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mar/2019	08/03/2019	04/04/2019

INDICADOR DE DEBITO DO FURNICAMENTO
 Vale a legenda no verso desta conta.
Conjunta **Inde**
Mês

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

	Fornecimento Individual			Fornecimento Conjunto		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	4,95	14,85	178,20	4,95	14,85	178,20
FIC	0,11	0,33	3,96	0,11	0,33	3,96
DMIC	0,07	0,21	2,52	0,07	0,21	2,52

ANEXO À CONTA DO CONTROLE FISCAL

DEBITOS SOBRE O FURNICAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Cons. Incl.	Cons. Ext.	Tarifa (R\$/KWh)	Valor
15778	15749	1,00	27	0,85			
08/03/19	05/02/19		31 DIAS				

DEBITACAO
VALOR CONSUMO DO MES
MULTA MORATORIA REF 02/2019
JUROS DO MES
INDENIZACAO MENSAL DIC
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 22

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 201915131

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 49 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **07/01/2019 14:36:45**Data / Hora da Ocorrência: **27/09/2018 20:40:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA AGUANAMBI**

Complemento:

Bairro: **FATIMA**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **LEANDRO ALENCAR CAMPOS**Nascimento: **19/10/1985** CPF: **058.235.474-98**RG: **7288733**Orgão Emissor: **SSP**UF: **PE**Filiação: **SOCORRO DE FÁTIMA SILVA ALENCAR****JOSUÉ FERREIRA CAMPOS**Endereço: **RUA FRANCISCO JOSE COSTA, 116**Bairro: **BARROSO**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.862-630**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98623-8359**Nome: **FRANCISCA ROZINETE FREIRES**Nascimento: **23/05/1986** CPF: **672.932.633-68**RG: **2002032028498**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA DO CARMO FREIRES****NC**Endereço: **RUA FRANCISCO JOSÉ DA COSTA, 116**Bairro: **BARROSO**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98704-4870****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **POY6840** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2ND1120HR001058** Renavam: **1136379026** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2017**Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA**Proprietário: **FRANCISCO ITALO JUSTINO COELHO VEICULOS ME**Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

QUE, COMPARECEM A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, A VITIMA FRANCISCA ROZINETE FREIRES TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA POY-6840 E A VITIMA LEANDRO ALENCAR CAMPOS TRANSITAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTO, QUE TRANSITAVAM PELA AV. AGUANAMBI QUANDO A CORRENTE DA MOTO CAIU TRAVANDO A RODA TRASEIRA DA MOTO, CAINDO AS VITIMAS NO ASFALTO, FICANDO LESIONADAS SENDO SOCORRIDAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.///////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO ITALO JUSTINO COELHO,
 RG nº 93002372950 data de expedição 01/09/1997
 Órgão SSP, portador do CPF nº 61387703315, com
 domicílio na cidade de FORTALEZA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA - RUA - 105 SÃO CRISTOVÃO, nº 59,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima LEANDRO ALENCAR CAMPOS, cujo o condutor era
FRANCISCA ROZINETE FREIRES.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data: FORTALEZA 21 FEVEREIRO 2019Cartório de
Messejana

FRANCISCO ITALO JUSTINO COELHO
 Assinatura do Declarante

Cartório de
Messejana

Francisca Rozinete Freires

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DOS TRANSPORTES

DETRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

SIN: _____ COD RENAVAM: _____ DATA: _____ CATEGORIA: _____

LUCA 01 1136379028 0800000000 2017

ECO ITANO JURENINO CORREIO VEICULOS ME

FORTALEZA/CE

10295181000162
PLACA: 10295181000162
PORT6840

22001120H001058

2017 2017

CHASSI: 11010000000000000000
10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162
2017 2017

10295181000162

CENº 013548068021 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO DO BILHETE AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguredorafidel.com.br

SAC DPVAT 0800 922 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 29/11/2017

SEGURO
01 10295185000152
RESERVA

MARCA MODELO
1136379026 HONDA/XRB 300

ANOS / ANO DE FABRICAÇÃO
2017 09 9C2ND112DHR001058

PREMIO TARIFARIO

PAG (R\$)	DIGIT. MAN. (R\$)	CUSTO DO BILHETE (R\$)

VALOR DO BILHETE (R\$)

DATA DE CANCELAMENTO
06/00/0000

CONTA ÚNICA

PARCELANO

SEGURADORA FIDELIDADE PRIVAT

LOTE/DATA DE EMISSÃO DO BILHETE
LOTE: RD11E2HD01058

LICENÇA Nº



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LEANDRO ALENCAR CAMPOS		Nº DO PRONTUÁRIO 353480	Nº DO BE 237786
SEXO M		RACIA/COR PARDO	
NOME RESPONSÁVEL NI			
MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
CEP NI			

ENDEREÇO
RUA FRANCISCO JOSE COSTA 227 BARROSO

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU USB 95, COM HD: QUEDA DE MOTO, CONSCIENTE ORIENTADO, APRESENTANDO DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO

MOTIVO
QUEDA

ESCALA DE DOR
6 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICÊMIA NI
ALERGIA NÃO			

CLASSIFICAÇÃO
VERDE

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
ROSELENA MENESES DA COSTA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
27/09/2018
22:14:15

ÁREA ATENDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO
OLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

17000 "Acidido a no 2"

Tr. Tabela D

AGNOSTICO

COEL. PROCEDIMENTO CID

TESTE SUGERIDO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

Tr. Tabela D

230305 022

17 Cur

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por ROSELENA MENESES DA COSTA em 27/09/2018 às 22:14:19

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Paulo Elyel F. Costa
Ortopedia e Trauma
CREMEC: 9314 SBOT: 11263

LEANDRO ALENCAR CAMPOS

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Emanuelle Monteiro
Mat. 763



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PRONTO-SOLUCIONARIAL DE PORTALEZA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROTEÇÃO DE SAÚDE
AV. Celso de Faria nº 1217 - Fátima - CEP 44.730-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3331-7332

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE PORTALEZA - CERR - RUA - 100

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

Nº da AIH:

2318103147767

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA **CGC / CNPJ**
07.835.044 / 0002-67

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE *Leandro A. C.* **LEANDRO ALENCAR CAMPOS**

ENDEREÇO DO PACIENTE *RUA: FRANCISCO JOSE COSTA Nº 227*

BAIRRO *BARROSO* **MUNICÍPIO** *FORTALEZA* **UF** *CE* **CEP**

DATA DO NASCIMENTO *79/10/1985* **SEXO** *1. MASC* **CONDIÇÃO** *2. SEGURADO* **4. CONJUGE** **6. FILHO** **8. OUTRO DE**

NOME DA MÃE *SOCORRO DE FATIMA SILVA ALENCAR*

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE *17639001775* **CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL** *Paulo Gyl Prota Ponte*
O. INT. *1825* **PROCEDIMENTO SOLICITADO** *Ortopedia e Trat. na Joga*
DATA DA EMISSÃO *22/10/13* **9314 SBOT. 11263**

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trm e tumbel p
14 trm e tumbel p
HOSPITAL DISTRITAL Mª JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL
Enmanuel Monteiro
Mat. 763

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Am e ep

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Am e ep

DIAGNÓSTICO INICIAL

Am e tumbel p **TIPO DE CLÍNICA**
1. CIRÚRGICA **2. OBSTÉTRICA**
3. CLÍNICA MÉDICA **4. TISIOPEUMOL**
5. PSIQUIÁTRICA **6. PEDIÁTRICA**
9. OUTROS

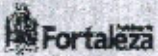
PROCEDIMENTO SOLICITADO

Am e ep

CRM - MÉDICO SOLICITANTE **ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE** **DATA** **HORA**

Paulo Gyl Prota Ponte
Ortopedia e Trat. na Joga
CREMEC: 9314 SBOT: 11263

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JULIANA BENICIO DE SOUZA CARVALHO FRANCA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 23/10/2019 às 12:47, sob o número 018485256201980600001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0184852-56-2019-8-06-0001 e código 55842D77.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMUBO-Frotinha de Parangaba

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

SAME

Nome: <u>Secundo Alencar Campos</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			27/09/18	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
27/09/18	fix tomazelo D At lu HOSPITAL DISTRITAL MA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA COINCIDE COM ORIGINAL Paulo Elivel Prota Ponte Ortopedia e Traumatologia CREMEL: 9314 SBO: 11263 Luanuelle Monteiro Mat. 763 27/09/18. L.A.C. 32a. MO: fratura tomazelo D. Consciente, orientado, verbalizando. CVP em MSE péssimo. Dieta VO. Eliminações fisiológicas presentes nega DM e outras medicações. Segue sob os cuidados da equipe. 28/9 Aceito referir 29/9 Aceito referir 29/09/2018. Chefe 20 mt por fratura tomazelo D. Orientado, eupneico. Febre PA 120x70mm, frr 18/min. Bom estado geral. Biquinho realizado mesmo pré-operatório. Sonda enteralizada. Pl. Costo 1 leito 125. medicação Ant. VO. Selo Canelha

Sold. M. de Aguiar Carvalho

FE: 13636841

COREN: 63816

30/9 Aceito referir

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia

Prontuário

DATA	EVOLUÇÃO
30/09/18 13:50	Leandro. 32 anos. 1,70m. Fratura de tornozelo D. Reduzido imediatamente. Seguido de redução e fixação com no tornozelo. Seguido em repouso no leito. Sinais NSD perimetralizados. <i>[Assinatura]</i> Família Vitorina Enfermeira COREN-CE 310534
30/09/18	S. Social do médico Avaliar acompanhante. Paciente com Fratura Membro Inferior. <i>[Assinatura]</i>
01/10	Acute regub <i>[Assinatura]</i> Marcos Antônio de Almeida Assistente Social CRS 03 2493
01/10/18 13:45	Paciente L.A.C., F., 32 anos, DH: Dor e edema em torno do tornozelo D. Fraturado. 5ª DH Fratura da perna esquerda. da dor e edema presentes e alergia. Evoluiu com paciente, orientado em tempo e espaço, verbaliza zando, deambulando, aceita dieta VO. Exprimi- do em an. ambiente. Abdômen normal. Elimina- ções fisiológicas presentes, com taxa glicé- rica em MTD, aguardando cirurgia. Seguido cuidado da equipe multidisciplinar. <i>[Assinatura]</i> Maria Giselle Lucena da Silva Assistente de Enfermagem Recursos Humanos Mat. 01134555 HOSPITAL DISTRITAL M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA Aqui que cópia confere com original <i>[Assinatura]</i> Enanuelle Monteiro Mat. 763 CRM - MÉDICO (A)
2/10	<i>[Assinatura]</i> Dr. Roberto de Almeida Ortopedia - Traumatologia CRM 15334

Nome: <u>Leandro Alencar Campos</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			27/09/2018	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
02/10/18	10h, paciente com HD: dor e edema em tornozelo, consciente orientado verbalizando supressão aguda de dor, de fezes e eliminação fisiológicas presentes sem alteração, sem queixas de sono no momento. Segue sob cuidados da enfermagem. <u>Planejada</u> 71589
03/10/18	fratura fechada do fêmur ant.
03/10/18	Pt sexo M, 32 anos, 7º DTH por fratura de tornozelo. Evolui consciente, orientado, verbalizando, aguda dieta recida, eliminação fisiológicas presentes. Segue sob os cuidados da equipe.
04/10/18	fratura fechada do fêmur ant.

Bruna Kelly Clemente Almeida
COREN-CE Nº 389.228-1

DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA
E PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Nº 1 - L. DISTRITAL DR. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
F. E. D. QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CREMEC - 12.444 TEOT 1047

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do responsável pelo setor responsável pela informação.

11:			
16:			
20:			
06:			

P.A.:	110x80	100460			
TEMP.°:	36°	35°			
P./MIN.:					
M.V./MIN.:					

sável pela informação.			
FARMACIA			
NOME:	ALVARO CRUZ DOS		
IDADE:	32	ENF.:	
		LEITO:	
			Nº. PRONTUÁRIO:

NAME: LEANDRO ALLENAR CAMPOS

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	DOS MEDICAMENTOS	
26/05/58	DIETA GERAL IBUPROFENO 01 COMP VO 12/12 HS. DIPIRONA 01 AMP+18 CC SF EV 6/6 HS SN TRAMAL 100 mg + 100 ml SF EV SN SILVAS VITTA J	SND 18 SN-15855 OK	MT. Cheir B. concorda que o Paulo, colando fundo ocular direito, para natale no lado esquerdo querido, houve, portanto, distorção por isso de proteção e em estado de saúde.
	Dr. Roberto Mendes Escobar Osteom. 11.12.1980 1374 D.E.		SN-PAT com pontuação; avaliada, observação 1.º diagnóstico em vista, sem alteração na avaliação, após avaliação de medicamentos.
	HOSPITAL DISTRICTAL M ^{re} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ESTEJO QUE CÓPIA COM ERE COM ORIGINAL		Antônio C. H. da Silva Oliveira COREN 311.313-TE
	Françoise Monteiro Mat. 763		

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

P.A.:					
TEMP.°:					
P./MIN.:					
M.V./MIN.:					

Prothrombin

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTEÇÃO DE FARMACIA
AV. Odeite de Paula nº 1137 - Parangaba - CEP 06.735-000 - Fortaleza-CE
Telefone: (85) 3251-1211 - Fax: (32) 321-7911

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

Paciente: LEONARDO AUGUSTO CAMPOS

Data da Operação: 05/10/18 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: Dr. Antonio Luiz

1º Auxiliar: Dr. Nelson

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA - LOMBA TORNOZELO

Tipo de Operação: PL. TNP 30728126 8e

Diagnóstico Pós-operatório: LEVA SEM. TNA 3072842 8c

atório Imediata Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: _____

Acidente durante a operação: _____

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

1. PL. TNP 30728126 8e
2. ANESTESIA + ANTISÉPSIS + ALOJAMENTO CAVALO ESTERIL
3. Acesso lateral TORNOZELO
4. Redução e fixação FRATURA TIBIA com
2 PLACA 1/3 e 3.5 + OS PARAFUSOS LIGAMENTAIS
5. Redução e fixação SINDESMOSE TORNOZELO
6. Membro mobilizado TORNOZELO
7. Redução e fixação Membro mobilizado com
OS PARAFUSOS SINDESMOSE 1.0 + 2 PLACAS
8. SINTOMAS INICIAIS
9. CURA

Dr. Antonio Luiz Vieira de Carvalho
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia de Mão
Rég. MEC - 12.125.12-1/2011-1
TEOT 14047

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat. 753

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Enmanuel Monteiro

N^o 753

ASSINATURA DO CIRURGIÃO - CRM

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JULIANA BENICIO DE SOUZA CARVALHO FRANCA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 23/10/2019 às 12:47, sob o número 0184852-56.2019.8.06.0001 e código 5584D27. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0184852-56.2019.8.06.0001 e código 5584D27.



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Leandro Alencar Campos** - C.P.F. **058.235.474-98**, no dia **27/09/2018**, às **21h22min**, na **Avenida Aguanambi**, no **Bairro Fátima**, 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 **P459678/2018**.

Fortaleza, 04 de dezembro de 2018.

Atenciosamente,


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

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P-459678/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USI-95	PONTO DE APOIO: UFC	Nº DA OCORRÊNCIA: 1963
DATA: 27/09/18	TURNIO: SN	EQUIPE: Cleuda + Solange + Eduardo
NOME: Leonardo Menezes Campos	IDADE: 32a	SEXO: Masculino
ENDEREÇO: Av. Aquidauana	BAIRRO: B. de Fátima	
REFERÊNCIA: Subida do viaduto	QUY: 21:42	QUU: 23:15
QTY: 21:03	QUS: 21:20	QUU: 23:15
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de moto		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

☒ PÉRVAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____
--	-------------------------------------	------------

A Via aérea	B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
		☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO	
	☒ NORMOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO LOCAL: Radial	☒ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL	☒ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA	☐ SUDOREICA ☐ SECA ☒ QUENTE ☐ FRIA	☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

D Neurológica	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA ☐ 4 À VOZ ☐ 3 À DOR ☐ 2 NENHUMA ☐ 1 TOTAL: 15	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5 CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4 PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2 NENHUMA ☐ 1	OBEDECE A COMANDOS ☒ 5 LOCALIZA A DOR ☐ 4 MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 3 FLEXÃO ANORMAL ☐ 2 EXTENSÃO ANORMAL ☐ 1 NENHUMA ☐ 0
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS			

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA

FC: 74	PA: _____	FR: 18	GLIC.: _____	OXIM.: 99%	TEMP.: _____
Última de queda de moto, sem capacete, com te, orientado, apresentando edema em tornozelo e escoliose em pé. Negativa para fratura. Negativa para trauma.					

COREN 1716

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Realizado emobilização, removido sem intercorrências e
reparação do 5º
Emprego
COREN nº 1200

ASS. /COREN:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: Fortinha Parangaba BOLETIM EMERG: _____
☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO: _____
☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE
 PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO: _____
 ASS. DO RESPONSÁVEL: _____

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:
 DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

Paulo Michel Frota Ponte
 Diretor Geral de Saúde
 CREMEL 9914 S00T 1263

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: ____/____/____

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG /CPF _____
 DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
 SAMU EM: ____/____/____ às ____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.
 ASSINATURA: _____

Fortaleza

HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ LACERDA
PROTOMAR DE PARANGARÁ
Av. ... de Faria nº 1173 - Parangará - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ce
Telefone: (85) 311 1112

RECEITA

Leandro A. Campos

Soueto

1º FISIOTERAPIA

MOTORA

20 sessões

Consumos

FRANJA

TELAUTÓGRAFO

- CAMISA TMC
- CAMISO NOV

Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves
Ortopedia - Traumatologia
Clínica Quirúrgica
CRM/CE 17.544 18047

DATA 08/01/19

CRM - Médico (a)

Assinatura

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira



RECEITA

Requisito 05/11 (07M)

03/12 (07M)

08/02

10/04

11/11

→ 22/10/3 (11M)

Dr. Antonio Luiz Mendes Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia Plástica
CRM-MÉDICO(A) 10011

DATA: / /

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secretdg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

Fortaleza
 PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
 HOV. DRY. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 PROTEINHA DE PARANGABA
 AV. Osório de Farias nº 127 - Parangaba - CEP 68.720-000
 Fortaleza-Ceará
 Telefones: (84) 3131-7323

ATESTADO MÉDICO DE COMPARTECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) LEANDRO AZEVEDO CAUBOS

Foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 28/01/19 às _____ hs.
 Tendo como causa de socorro _____

Necessita de 60 (sessenta) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) S.82.4/S82.3

Observações: _____

Fortaleza-Ce, 28 de 01 de 19

Dr. Antonio Luiz Vasconcelos Gonçalves
 Ortopedia - Traumatologia
 Cirurgia Quadril
 CREMEC nº 1001 TEOT 1403

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 80.501 de 14/03/87, e será expedido modificativa de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FOTOFARMÁCEUTICA DE FARMACIA
AV. Getúlio de Vargas, nº 1.170 - Parangaba - CEP 85.289-000 - Fortaleza-Ce
Telefone: (85) 2531-2222 - Fax: (85) 2531-7519

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
Endereço: Av. General Osório de Paiva, 1127 Bairro: Parangaba
Fone: 85 - 3131.7321 / 3131.7322 Cidade: Fortaleza UF: Ceará
CNPJ: 07.835.044/0002-61

Paciente: Henrique Alves Campos
Endereço: Rua 1ª de Maio nº 227
Bairro: Barro Fone: _____
Prescrição: Cepacol 200 - 200
100 610 500
Ob
10
218
Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6702

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____
Identificação: _____
Órgão emissor: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: 1/1

1ª Via do Farmacêutico - 2ª Via do Paciente



RECEITA

Leonardo A. Carolo

333

1) Fracture of

Wym. - Zdobyciu

QUESTION

2-11-14

T182111

(Faint handwritten notes and stamps are visible at the bottom of the page.)

DATA: 05 / 11 / 18

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV-OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secret dg.hd mjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD:

Atesto que o (s) Sr. (a) Leandro Moreira Carlos

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 27/09/18 às 11 hrs.

Tendo como causa de socorro Prisão em flagrante

Tramitação

Necessita de vacina B dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) S82.3
S82.4

Observações:

Fortaleza-Ce, 27 de 09 de 18

Dr. Antonio Luiz Alves Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM - O 11.000
CREMEC - RJ TEOT 14047

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 50.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.

ATESTADO MÉDICO DE COMPARTECIMENTO

Boletim de Emergência - CAO:

Atesto que o (a) Sr. (a) Leonardo Marcos Mendes

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 24 / 12 / 18 às 11 hs.

Tendo como causa de socorro

Necessita de 60 (sessenta) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) S 82.3

Observações:

Fortaleza-Ce, 24 de 12 de 18

Dr. Antônio Luiz Velloso Gonçalves
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia Quadril
CREMEOP 12443 TEOT 14047

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/87, e será expedido para justificativa de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Leandro Guagão Bezerra inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.732.753 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leandro Gleason Campos inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.235.474 / 98 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Leandro Gleason Campos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.235.474 / 98, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Renda Inferior e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

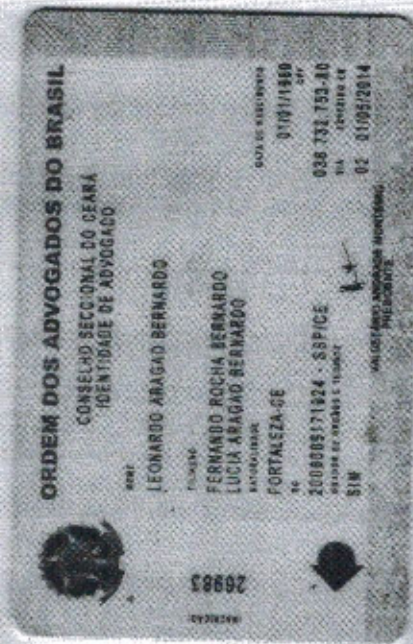
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Senador Gleason</u>		Número <u>631</u>	Complemento <u>SALA 112</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Fortaleza</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>60030-050</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Fortaleza, 02 de abril de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante





Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrini, 1376,
Ed. Eoo Berrini
Cidade Monções
CEP: 04571-900 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.558.157/0001-02
Insc. Est. 108383949112
http://www.vivo.com.br

Cadastro do Assinante

Nome: **LEONARDO ARAGAO BERNARDO**
Endereço: **RUA SENADOR ALENCAR 631 SL 112 CENTRO - 60030-050 - FORTALEZA / CE**
Código do cliente: **8999 9763 7812 DV: 4**
Mês de referência: **Fevereiro/2019**
Número da fatura: **0773826510-0** Tipo de cliente: **Residencial**
Número do telefone: **8530395612**
Data de emissão: **01/02/2019**
Estado de instalação: **Ceará**

20/02/2019
157,97

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Piano Contratado / Serviços Mensais	
Internet	
Vivo Fibra 50 Mbps (099)	74,99
Serviços	
Serviços Digitais - G4U,DKids,ESPN,CN,El	30,00
Telefone	
Ilimitado Fixo Local - Assinatura Mensal (099)	45,56
Ilimitado Fixo Local - Franquia Mensal (099)	7,42
Total	157,97
TOTAL GERAL A PAGAR	157,97

Histórico de consumo

Total utilizado em min:seg
das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação Dezembro Janeiro Fevereiro

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).

Telefonia fixa e internet: **103 15.**
Para TV por assinatura: **106 16.**

Pessoas com necessidades especiais
de fala/audição, ligue **142.**
Para saber qual a loja Vivo
mais perto de você acesse
www.vivo.com.br

O relatório detalhado está disponível
em www.vivo.com.br/meuvivo
e pode ser solicitado impresso,
de forma permanente ou não.

Mensagem para você

AVISO IMPORTANTE

Nossos registros indicam débito(s) pendente(s) no valor de R\$ 646,64. Evite suspensão do serviço e despesas desnecessárias pagando sua conta em dia. Caso já tenha pago até 01/02/2019 favor desconsiderar esta mensagem.

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O ressarcimento por inoperância é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STFC artigo 32º da Resolução Anatel nº 426/2005; para SCM artigo 46º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 488/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(099) PSABU/044/PCS/SCM (085) PA128-Ilimitado 128

Detalhe Aqui

DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE
Banco Caixa Econômica Federal, Agência 2015

Autenticação Mecânica

Nome do Cliente

LEONARDO ARAGAO BERNARDO

Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.

Código do cliente

8999 9763 7812

Código para Cadastramento
de Débito Automático

899997637812-4

Número da Fatura

0773826510-0

Data de Vencimento

20/02/2019

Valor a Pagar (R\$)

157,97

vivo

84660000001 8 57970082089 0 99976378120 3 77382651099 4



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190294125

Vítima: LEANDRO ALENCAR CAMPOS

Data do Acidente: 27/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LEONARDO ARAGAO BERNARDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO ALENCAR CAMPOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: LEANDRO ALENCAR CAMPOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003418

Conta: 0000019226-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

