



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>José Moreira Filho</u>		Data Nasc: <u>25/08/1959</u>
Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>aposentado</u>	Nacionalidade: <u>bras.</u>
RG: <u>8911002014757</u>	CPF: <u>187.179.263-00</u>	
Endereço: <u>Rua Diadema, 212, Jangurussu</u>		CEP: <u>60670-150</u>
Cidade: <u>Fortaleza</u>		

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro. Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover, acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 30 de Julho de 2017.

José Moreira Filho
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
José Moreira Filho, residente e
 domiciliado na Rua Diadema, 212,, nº 212,
 bairro: Jangururu, na cidade de Fortaleza, portador(a) do
 RG nº 89.110.020.4757, inscrito(a) no CPF nº 187.179.263-00,
 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
 próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
 declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
 assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
 esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 30 de Julho de 20 17.

José Moreira Filho
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a) Sr(a) Jose Moreira Filho Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ou criminal.

Fortaleza, 30 de julho 2017.

Jose Moreira Filho

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Moreira Filho, brasileiro(a), casado, aposentado, portador(a) de cédula de identidade nº. 8911002014757, inscrito(a) no CPF sob o nº 187.179.263-00, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua Diademur, nº 212, Bairro Jangurussu, CEP: 60670-150/CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 30 de julho 2017.

José Moreira Filho

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito

Jose morais filho
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8911002014757 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/09/2012

NOME
JOSE MOREIRA FILHO

FILIAÇÃO
JOSE MOREIRA DA SILVA
PETRONILIA MENDES DA SILVA

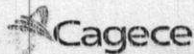
NATURALIDADE
FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO
25/08/1959

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: MESSEJANA TERMO: 15908 FOLHA: 182
LIVRO: B-28 FORTALEZA - CE
CPF 187.179.263-00

2 VIA

Assimila S. Barreto
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 1



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de inscrição
005036348

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE MOREIRA FILHO

End. Entrega: RU DIADAMI, 212, JANGURUSSU

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60870-150

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001 Setor: 066 Quadra: 0035 Lote: 0150 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Sanitária(m³)
ÁGUA	A96L020343	998	1005	7	8

DATAS

Leitura Atual: 06/12/2016 | Emissão: 06/12/2016 | Lire Água: 999999

Leitura Anterior: 07/11/2016 | Próxima Leitura: 06/01/2017 | Lire Esgoto: 3808172

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2016

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformas Totais	Escherichia Coli
Exigidas	541	541	128	541	541
Analisadas	574	574	574	574	574
Em conformidade	574	568	568	561	574

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.
O Ceará passa pelo quinto ano consecutivo de seca.
Para economia de água, a meta da Tarifa de Contingência
passara para 20% no dia 18/09 em Fortaleza e 19/09 na
Região Metropolitana. Informacoes: www.cagece.com.br

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição dos Serviços	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	19,60	DEZ/15	8	6
ESGOTO	8,62	JAN/16	18	14
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,37	FEV/16	9	7
		MAR/16	8	6
		ABR/16	7	5
		MAI/16	7	5
		JUN/16	8	7
		JUL/16	10	8
		AGO/16	10	8
		SET/16	10	8
		OUT/16	6	4
		NOV/16	5	4

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0,27	VALOR DO SERVIÇO	63,79
COFINS	1,36	VALOR DO SUBSIDIO	35,20
		VALOR TOTAL A PAGAR	28,59

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
12/2016	21/12/2016	28,59

LIGUE PARA SUA FATURA

BARTOS PRATES DE ANDRADE MACIELLO RIBEIRO
Assessoria de Atendimento ao Cliente
Cidade: Fortaleza - CE
Endereço: Rua da Praia, 1111 - 11º andar
CEP: 60055-000
Telefone: (85) 3101.1918
Site: www.cagece.com.br

Central de Atendimento

Cagece

0800 275 0195



MOBILE

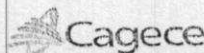


155

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece,
conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195,
nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site
www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece:
3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria
estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de
Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de
Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais
Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços
Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 0195.



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Fatura Mensal
Via do cliente
ou no site
www.cagece.com.br

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 005036348 Código de Responsável: 352623053797729 - 3647

Mês/Ano: 12/2016

Local: 001 Setor: 066 Quadra: 0035 Lote: 0150 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

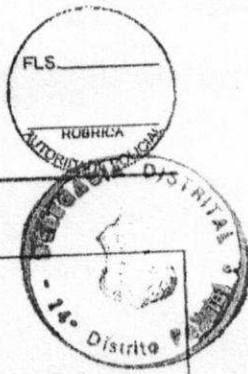
Cidade: FORTALEZA | Vencimento: 21/12/2016 | Total (R\$): 28,59

82670000000 1 28590009300 3 00503634801 8 00069022015 7





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 114 - 1314 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **08/12/2016 10:53:55**
 Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2016 18:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DR. MENDEL STEINBRUCH**
 Complemento: **SENTIDO FORTALEZA/MARACANAÚ**
 Bairro: **DISTRITO INDUSTRIAL** Município: **MARACANAÚ/CE**
 Ponto de Referência: **DE FRENTE A CEASA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE MOREIRA FILHO**
 Nascimento: **25/08/1959** CPF: **187.179.263-00** UF: _____
 RG: **8911002014757** Orgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **PETRONILIA MENDES DA SILVA**
JOSE MOREIRA DA SILVA
 Endereço: **RUA DIADEMA, 212** CEP: _____
 Bairro: **CONJUNTO PALMEIRAS**
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98920-4260**

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE, QUE NO DIA 18 DE NOVEMBRO DO FLUENTE ANO, ESTAVA COMO PASSAGEIRO NA MOTOCICLETA DE PLACA PNV-3868 (RENAVAM: 1097195659, Número Chassi: 9C2KD1000GR016073, Marca/Modelo: HONDA/NXR 160 BROS, A no de Fabricação: 2016, Ano do Modelo: 2016, Cor: PRETA, proprietário: JOSE MOREIRA FILHO), GUIADA PELO SEU FILHO JEFFERSON ANDRADE MOREIRA, PELA AVENIDA DR. MENDEL STEINBRUCH, NO SENTIDO FORTALEZA/MARACANAÚ, BAIRRO DISTRITO INDUSTRIAL, QUANDO DE FRENTE A CEASA VIERAM A DERRAPAR NA VIA E CAÍRAM AO CHÃO; QUE POR CONTA DO ACIDENTE, VEIO A MACHUCAR O SEU TORNOZELO-ESQUEDO; QUE O SEU PRÓPRIO FILHO JEFFERSON ANDRADE MOREIRA LHE CONDUZIU AO FORTINHA DE MESSEJANA, ONDE FOI ATENDIDO. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

DANIEL ALVES DE MORAIS - MAT.: 133999

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A): _____

AURELIO DE ARAUJO PEREIRA - MAT.: 014383-1-x

DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 1

Impressão em: 08/12/2016 11:07:44



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE JOSE MOREIRA FILHO		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5029271	Nº DO BE 152060
CAD/SUS		NASCIMENTO 25/08/1959(57 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO	
NOME MÃE PETRONILIA MENDES DA SILVA		NOME RESPONSÁVEL NI	UF CE		
ENDEREÇO RUA DIADEMA 212 CONJUNTO PALMEIRAS		MUNICÍPIO FORTALEZA	CEP 60.870-150		
CONTATO (85) 98920-4260					
OCORRÊNCIA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA TRAUMA EM TORNOZELO ESQ + EDEMA		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		ESCALA DE DOR 7 (ADULTO)	
SINTOMAS NI		SINAIS VITAIS		PULSO NI	
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		GLICEMIA NI	
TEMPERATURA NI °C		SAT O2 NI%		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 18/09/2016 20:29:26	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO GABRIELE DE LIMA FERREIRA			
ÁREA ATENDIMENTO					
Torne					
ATENDIMENTO MÉDICO					
- Rx joelho de AP e PL					
- Rx tornozelo de AP e PL					
Fratura luxação do tornozelo ESQ -					
COO. PROCEDIMENTO Dr. Sandra M. M. Ortopedia					
C/D					
DIAGNÓSTICO					
SACIT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
APRAZAMENTO					
MÉDICAMENTO					
Rx Tornozelo e AP/PL					
1 pos reducao					
Diphenol 100 mg IM 6/8/4					
Apoq					
OBSERVAÇÕES					
(1) OUTROS Reducao manual + gesso					
4080.50284					
+303090200					
1-PO 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					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO					

Impresso por Gabriele de Lima Ferreira em 18/09/2016 às 20:29:29
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 240 do Código Penal.

JOSE MOREIRA FILHO

CONFERE COM ORIGINAL
25/11/16



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DO NASCIMENTO

6 - Nº PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - CÓD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com sinais de volume aumentado de líquido no abdômen, dor abdominal, fígado aumentado, e redução da urina.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento especializado por acidente com trauma

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ampliação + tx. físico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura humeral

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBDR

37 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

☐ CNS ☐ CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

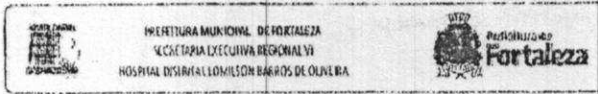
47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Gráf.HDEBO-SAME-AIH-005

ORIGINAL

25/08/16



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE

JOSE MOREIRA FILHO

DATA OPERAÇÃO:

25 de Junho de 2016

ENFERMARIA:

LEITO:

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

1º AUXILIAR

Dr. Tadeu M. Nóbrega
Traumatologia-Ortopedia
CRM 5619-TEOT 7643

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA

TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

TIPO DE OPERAÇÃO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

RELATÓRIO IMEDIATO: PATOLOGISTA

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCN. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

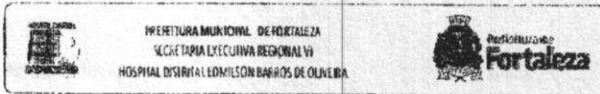
- ① Abertura da pele.
- ② Campo.
- ③ Incisão lateral em forma de dissecção por planos.
- ④ Redução da fratura de maldade lateral, fixada com placa 1/3 de canal.
- ⑤ Sutura por planos.

COM ORIGINAL

25/11/16

Dr. Antônio José
Ortopedia
Hospital Regional de Fortaleza
CRM 5619-TEOT 7643

Grat. HDEBO-SAME-Desc Oper.



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE JOSE MORRIRA FILHO			
DATA OPERAÇÃO 25/11/16		ENFERMARIA:	
2º AUXILIAR		1º AUXILIAR Dr. Tadeu M. Nobrega Traumatologia-Ortopedia CRM 5619- TEOT 7643	
ANESTESISTA		INSTRUMENTADOR	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		TIPO DE ANESTESIA:	
TIPO DE OPERAÇÃO Foco de fratura osteossintese de fratura de tornozelo			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TEC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

- ① **1ª etapa**
- ② **Campos**
- ③ **Incisão lateral em tornozelo**
dissecção por planos
- ④ **Redução da fratura de maldy**
lateral, fixação com placa 1/3 de canal
- ⑤ **Sutura por planos**

Dr. Antonio Jose de Castro
Ortopedista
Unidade da Coluna Vertebral
CRM 8970- TEOT 1123

Grat. HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003

CONFERE COM ORIGINAL

25/11/16



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE <i>João Almir</i>			
PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO <i>25/09/16</i>	DATA DA ALTA <i>30/09/16</i>	DATA DO RETORNO <i>07/10/16</i>	MÉDICO(A) PARA RETORNO <i>Dr. A. T. Jr.</i>

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Osteo

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL <i>Fratura timelo</i>
ACESSÓRIO 1:
ACESSÓRIO 2:
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS <i>Kp</i>

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Ciruf

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

AntiH + antiobio

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA <i>30 09 16</i>	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
-------------------------	------------------------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE <i>João Almir</i>			
PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO <i>25/09/16</i>	DATA DA ALTA <i>30/09/16</i>	DATA DO RETORNO <i>03/10/16</i>	MÉDICO(A) PARA RETORNO <i>Dr. Ant. de</i>

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Osteod

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL: <i>Fratura humero</i>
ACESSÓRIO 1:
ACESSÓRIO 2:
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS <i>Kp</i>

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirúrg.

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

AINH + anti trombi

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐

CURADO

☒

MELHORADO

☐

PIORADO

☐

ÓBTOS

☐

OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

30 09 16

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

[Assinatura]

SINISTRO 3170010634 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE MOREIRA FILHO**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev Previdência S/A-Filial
Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** JOSE MOREIRA FILHO**CPF/CNPJ:** 18717926300**Posição em 17-07-2017 15:04:01**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na
autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
20/02/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00