



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"**

|                                                  |                            |                                               |
|--------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|
| Outorgante: <b>ALEXANDRE PIRES FARIAS</b>        |                            | Data Nasc: <b>22/08/1983</b>                  |
| Estado Civil: <b>SOLTEIRO</b>                    | Profissão: <b>AUTONOMO</b> | Nacionalidade: <b>BRASILEIRO</b>              |
| RG: <b>3467506-200</b>                           | CPF: <b>000.809.983-99</b> | Telefone: <b>(085): 98930.6719/98401.1385</b> |
| Endereço: <b>RUA: 125 Nº 381 TIMBO MARACANAÚ</b> |                            |                                               |
| Cidade: <b>MARACANAÚ - CE</b>                    |                            | CEP: <b>61936-280</b>                         |

**OUTORGADO:** CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, 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), 15 de fevereiro de 2017

ALEXANDRE PIRES FARIAS

**ALEXANDRE PIRES FARIAS**



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

Declaro para os devidos fins que eu, **ALEXANDRE PIRES FARIAS**, residente e domiciliado na **RUA: 125 nº 381**, bairro: **TIMBO**, na cidade de **MARACANAÚ - CE**, portador (a) do RG: nº, **3467506-200**, inscrito (a) no CPF nº **000.809.983-99**, 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, 15 de fevereiro de 2017

x ALEXANDRE PIRES FARIAS

**ALEXANDRE PIRES FARIAS**



CAROLINA FREITAS  
ADVOCACIA

### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a) Ser (a) **ALEXANDRE PIRES FARIAS**, 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, 15 de fevereiro 2017

ALEXANDRE PIRES FARIAS

**ALEXANDRE PIRES FARIAS**

#### TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Alexandre Pires Farias, brasi  
leiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula  
de identidade nº. 3467506 200, inscrito(a) no CPF sob o  
nº 000.809.983.99, DECLARO que tenho domicílio e sou  
residente na Rua 125, nº 381,  
Bairro Timbe, CEP: 61936 - 280 /CE, conforme  
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 15 de fevereiro 2017

Alexandre Pires Farias

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. \_\_\_\_\_

RG Nº:

CPF Nº:

2. \_\_\_\_\_

RG Nº

CPF Nº

**SINISTRO 3150661329 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** ALEXANDRE PIRES FARIAS**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO** CAPEMISA Seguradora de Vida e Prev.S/A-  
Filial Fortaleza CE**BENEFICIÁRIO** ALEXANDRE PIRES FARIAS**CPF/CNPJ:** 00080998399**Posição em 14-02-2017 14:57:34**

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  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 03/09/2015        | R\$ 3.375,00         | R\$ 0,00         | R\$ 3.375,00 |



**2º Via**  
**Nº de Inscrição:**  
**0004533615**

## DADOS DO CLIENTE

Nome: ALEXANDRE PIRES FARIAS

End. Leitura: RU 125 CJ TIMBO, 381, TIMBO

Cidade: MARACANAÚ

CEP: 81.936-280

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 001

Quadra: 0339

Lote: 0055

Comp: 0000

## ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

## INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

| Serviço | Medidor    | Leitura Anterior | Leitura Atual | Volumen(m³) | Média Semestral(m³) |
|---------|------------|------------------|---------------|-------------|---------------------|
| AGUA    | A12F273436 | 611              | 623           | 12          | 12                  |

## DATAS

Leitura Atual: 25/11/2016

Emissão: 08/12/2016

Lacre Água: 999

Leitura Anterior: 25/10/2016

Próxima Leitura: 25/12/2016

Lacre Exigido: 750151

## QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2016

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbidez | Cor | Coliformes 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

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 12 m³ | META: 10 m³.

O Ceará passa pelo quinto ano consecutivo de seca.

Para economia de água, a meta da Tarifa de Contingência

passará para 20% no dia 18/09 em Fortaleza e 19/09 na

Região Metropolitana. Informações: [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br)

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

| Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |
|-------------|---------------------|
| 26,28       | Mês/Ano             |
| 19,60       | NOV/2015            |
| 8,00        | DEZ/2015            |
|             | JAN/2016            |
|             | FEV/2016            |
|             | MAR/2016            |
|             | ABR/2016            |
|             | MAY/2016            |
|             | JUN/2016            |
|             | JUL/2016            |
|             | AGO/2016            |
|             | SET/2016            |
|             | OUT/2016            |

## TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) | Subsídio            | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|---------------------|-------------|
| PIS       | 0,51        | VALOR DO SERVIÇO    | 85,38       |
| COFINS    | 2,57        | VALOR DO SUBSÍDIO   | 31,50       |
|           |             | VALOR TOTAL A PAGAR | 53,88       |

| MÊS/ANO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------|------------|---------------------|
| 11/2016 | 13/12/2016 | 53,88               |

## ONDE PAGAR SUA FATURA

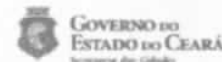
Bancos: Bradesco, FIB, Itaú, BCB, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Transpê. Outros: Pagfácil.  
 A Cagece disponibiliza o serviço de 98h em casa de sua fatura. Não há custo adicional. Consulte seu agente.



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

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas horas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na unidade Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://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 3838.



**Fatura Mensal**  
 Via do agente arrecadador

## DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0004533615

Código de Responsável:

Mês/Ano: 11/2016

Local: 001

Setor: 01

Quadra: 0339

Lote: 0066

Comp: 0000

Cidade: MARACANAÚ

Subsetor:

Subquadra:

Vencimento: 13/12/2016

Total (R\$): 53,88

82690000000-9 53880009100-0 00453361501-1 01001831025-9



EMISSION: ATENDIMENTO VIRTUAL.08/12/2016 01:54:26



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 204 - 3889 / 2015

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **06/04/2015 10:04:14**  
Data / Hora da Ocorrência : **05/03/2015 17:20:00**  
Endereço da Ocorrência: **R JORNALISTA JOÃO RAMOS**

**CIDADE NOVA MARACANAÚ /CE**

Ponto de Referência: **NI**

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **ALEXANDRE PIRES FARIAS**  
Nascimento : **22/08/1983**  
RG: **346750600** Órgão Emissor: **SSP** UF: **ES** - CPF:  
Filiação: **DANIEL FARIAS DE SOUSA**  
**IRISMAR PIRES DE SOUSA**  
Endereço: **R 125 381**  
**CONJUNTO TIMBÓ**  
**MARACANAÚ CE BRASIL** Telefone:

*Histórico*

A Noticiante compareceu nesta Delegacia e afirmou o que adiante se segue: QUE, no dia 05/03/2014, por volta das 17h20min, su esposo ALEXANDRE PIRES FARIAS trafegava pela RUA JORNALISTA JOÃO RAMOS, no bairro CIDADE NOVA, em MARACANAÚ, pilotando a motoneta JONNY HYPE, chassi nº LHJXCBLD8DB403041, que está em nome de DIOCÉLIO NASCIMENTO SANTOS, quando foi colhido pelo veículo VW/GOLF 1.6 SPORTLINE, de placas HYO-1537, chassi nº 9WBAB01J194010702, que está registrado em nome de FLAVIA SOARES MENDES, que avançou a via preferencial; QUE, em decorrência deste acidente, seu esposo fraturou a bacia; QUE, seu esposo foi socorrido por uma ambulância do SAMU para o HOSPITAL MUNICIPAL DE MARACANAÚ, e no dia seguinte foi transferido para o IJF-CENTRO, onde permaneceu internado por dezoito dias. E nada mais disse.//////////

*Noticiante(s)*

Nome : **ALICE KELLY BASTOS MOURÃO**  
Endereço : **R 125 381 CASA**  
Bairro : **CONJUNTO TIMBÓ 60000000**  
Município/UF : **MARACANAÚ CE BRASIL** Telefone: **84911385**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : **JOAQUIM ARAUJO NETO - MAT.: 198175-1-2**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **Alice Kelly Bastos Mourão**

VISTO DO DELEGADO(A) : **ALANA PINHEIRO PORTELA - MAT.: 198825-1-9**



### CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICA**, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **ALEXANDRE PIRES FARIAS**, portador do RG Nº 3467506-2000 e inscrito no CPF sob o Nº 000.809.983-99, no dia 5/3/2015, às 18h02min, no município de MARACANAÚ – CE, na rua Radialista João Ramos, no bairro Cidade Nova. Paciente vítima de colisão carro com moto, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital Municipal de Maracanaú**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 24 de abril de 2015

Atenciosamente,

  
MARIA DAS GRAÇAS TORRES  
Secretaria Executiva  
SAMU 192 CEARÁ

**SAMU 192 CEARÁ**  
Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061  
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br  
Ouvidoria do SAMU: [ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br](mailto:ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br), Fone : (85) 3260-3797

|                                                                                                                                                                                                                          |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|---------------|---------------------------|--------------|------------|--------------|
| 1500359233                                                                                                                                                                                                               | 05/03/2015 18:40:45            | FICHA DE ATENDIMENTO                     |               | CIRURGIA GERAL            |              | DIURNO     | 1            |
| Paciente                                                                                                                                                                                                                 | Data Nascimento                |                                          | Idade         | CNS                       | CPF          | Prontuário |              |
| ALEXANDRE PIRES FARIAS                                                                                                                                                                                                   | 22/08/1983                     |                                          | 31 A 5 M 14 D |                           |              |            |              |
| Tipo Doc                                                                                                                                                                                                                 | Documento                      | Órgão Emissor                            | Data Emissão  | Sexo                      | Estado Civil | Raça/Cor   | Naturalidade |
|                                                                                                                                                                                                                          | REQUERIDO                      |                                          |               | M                         | Solteiro(a)  | Parda      |              |
| Mãe                                                                                                                                                                                                                      | Pai                            |                                          |               |                           |              |            |              |
| IRISMAR PIRES DE SOUSA                                                                                                                                                                                                   |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                 | Contatos                       |                                          |               |                           |              |            |              |
| RUA 125 - 1181 - TIMBO - MARACANAU - CE                                                                                                                                                                                  | Cell: 8584314896 - -           |                                          |               |                           |              |            |              |
| Class. de Risco                                                                                                                                                                                                          | Plano Convênio                 | N da Carteira                            | Validade      | Autorização               |              |            |              |
|                                                                                                                                                                                                                          | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE   |                                          |               |                           |              |            |              |
| Motivo do Atendimento                                                                                                                                                                                                    | Carate do Atendimento          | Profissional do Atend.                   | Sis Prenatal  | Peso                      | Temp.        | Pressão    |              |
| PRONTO ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                       | Urgência                       |                                          |               |                           |              |            |              |
| Setor                                                                                                                                                                                                                    | Tipo de Chegada                | Procedimento Sol.                        | Procedência   |                           |              |            |              |
| SPA                                                                                                                                                                                                                      |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                |                                          |               | Registrado por: mariascsc |              |            |              |
| Últimos Atendimentos:                                                                                                                                                                                                    |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
| 05/03/2015 18:40:45 - 01/01/2014 07:21:00                                                                                                                                                                                |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
| SADT - Exames Complementares                                                                                                                                                                                             |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
| <input type="checkbox"/> CTG <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> OUTROS: |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
| Classificação de Risco                                                                                                                                                                                                   |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
| Código:                                                                                                                                                                                                                  |                                | Assinatura e Carimbo do(a) Enfermeiro(a) |               |                           |              |            |              |
| Data / Hora / Consultas Especializadas e Procedimentos                                                                                                                                                                   |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
| Duetto de amola<br>Glorion 15<br>Mega per do de co                                                                                                                                                                       |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
| Código                                                                                                                                                                                                                   | Assinatura e Carimbo do Médico | Data                                     | Hora          |                           |              |            |              |
| Refus dor gradual<br>e suprapur                                                                                                                                                                                          |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
| Código                                                                                                                                                                                                                   | Assinatura e Carimbo do Médico | Data                                     | Hora          |                           |              |            |              |
| Dor e umintaco<br>gradu                                                                                                                                                                                                  |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
| Código                                                                                                                                                                                                                   | Assinatura e Carimbo do Médico | Data                                     | Hora          |                           |              |            |              |
| Soluto. Exos Robuly<br>Obscures + polen do 10<br>e sponclun ging                                                                                                                                                         |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
| Código                                                                                                                                                                                                                   | Assinatura e Carimbo do Médico | Data                                     | Hora          |                           |              |            |              |
| Thana de S. Braga Cal                                                                                                                                                                                                    |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
| Assinatura do Paciente ou Responsável                                                                                                                                                                                    |                                |                                          |               |                           |              |            |              |
| Assinatura e Carimbo do Médico                                                                                                                                                                                           |                                |                                          |               |                           |              |            |              |

Obs: não constava com documentos.  
Portava.



**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia-

Ortopedia

**Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.**

|                                   |                                                                                                                            |                   |            |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|
| NOME:                             | ALEXANDRE PIRES FARIAS                                                                                                     |                   |            |
| LEITO:                            | 1312                                                                                                                       |                   |            |
| DATA DE INTERNACAO:               | 06 03 2015                                                                                                                 | DATA DA ALTA:     | 23/03/2015 |
| BE/PRONT:                         | 5357803                                                                                                                    | CIDADE DE ORIGEM: | MARACANAU  |
| IDADE:                            | 31                                                                                                                         |                   |            |
| DIAGNOSTICOS:                     | FRATURA DE BACIA (PELVE)(DISJUNCAO DE SINFISE)<br>(CONSERVADOR)                                                            |                   |            |
| CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: | RETORNO COM 30 DIAS AO AMBULATORIO DE DR MACHADO USAR CORRETAMENTE AS MEDICACOES NAO PISAR MOVIMENTAR TORNOZELOS E JOELHOS |                   |            |
| STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:   |                                                                                                                            |                   |            |
| STAFF DO LEITO:                   | MACHADO                                                                                                                    |                   |            |
| RESIDENTE DO LEITO:               | MAURO FILHO                                                                                                                |                   |            |

|                      |                                                                      |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Ass:                 | Retornar dia: <u>com 30 dias</u> Hora: _____ para Dr. <u>MACHADO</u> |
| Data: ____/____/____ | Dispensa do trabalho por: <u>60 dias</u><br><u>(sessenta dias)</u>   |
| Imprimir             |                                                                      |

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

*MFH*  
Dr. Fco Mauro Guimarães Costa Filho  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 15003

**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Laudo Médico/Resumo de Alta - Serviço de Traumatologia-Ortopedia

No. HOSPGESTOR: 22227

LEITO: 1312

NOME: ALEXANDRE PIRES FARIAS

DATA DE INTERNACAO: 06/03/2015

DATA DA ALTA: 23/03/2015

BE/PRONT: 5357803

CIDADE DE ORIGEM: MARACANAÚ

NASCIMENTO: 22081983

IDADE: 31

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE BACIA (PELVE)(DISJUNCAO DE SINFISE)  
(CONSERVADOR)CONDUTAS E CUIDADOS POS-RETORNO COM 30 DIAS AO AMBULATORIO DE DR MACHADO USAR  
OPERATORIOS: CORRETAMENTE AS MEDICAÇÕES NAO PISAR MOVIMENTAR  
TORNOZELOS E JOELHOS

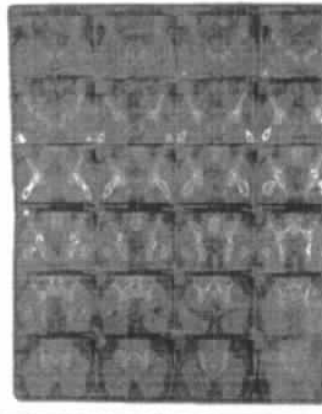
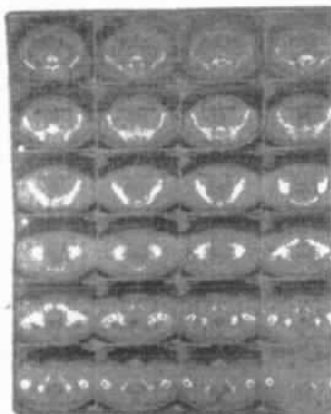
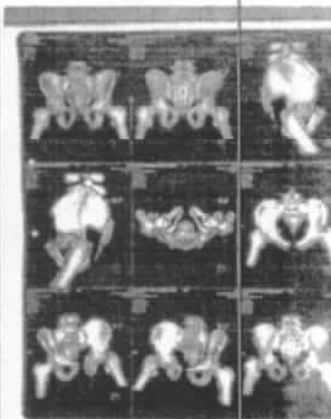
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: MACHADO

RESIDENTE DO LEITO: MAURO FILHO



Mapa de Cirurgias

MAPA DO DIA 14/03/2015 - Sábado

Traumato-ortopedista  
Medicina do trabalho



# Receituário

PT Alexandre Soares Farias  
Bolsista MÉRITO

Atend. para paciente vítima de acidente de trabalho. Sofreu fratura - obliqua da fêmur. Foi submetido a tratamento ortopédico com interna-ção e repouso absoluto. Evoluiu-se de alta do tratamento com: limitação da flexão e extensão da quadril em grau fixado, déficit de alongamento. Deixando funcional permanente em quadro bilateral

Mauromau, 17.12.2016

Gustavo Adolfo P. da S. Jr.  
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CREMEC - 6302