



MAMEDE ADRIANO FILHO, OAB/CE 27490
 Rua José Hipólito, 405, Sala 9, Messejana - Fortaleza - Ce.
 CEP: 60.871-170 - Cols: (25) 25299122 (oi); (25) 25299347 (tim);
 (25) 25512229 (claro) e e-mail - mamede27@gmail.com

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

Nome: <u>Elipi Silva de Amorim</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	Carteira de Identidade: <u>9022144 MTPS</u>
CPF nº: <u>025.482.993-12</u>	Residência: <u>Rua de Ruyroz, 265</u>	
Bairro: <u>Perquimônia</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>
		CEP: <u>60450-225</u>

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador Dr. **MAMEDE ADRIANO FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE., sob o Nº. 27490, com escritório na Rua José Hipólito - 485 - Sala - 09, Centro de Messejana - Fortaleza - CE. CEP - 60.871-170, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, receber e dar quitação, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza 23/01/17

Elipi Silva de Amorim
 OUTORGANTE



MAMEDE ADRIANO FILHO, OAB/CE 27468
 Rua José Hipólito, 425, Sala 9, Marajá - Fortaleza - Ce.
 CEP: 60.871-270- Cel: (85) 96398229 (01); (85) 96398247 (02m);
 (85) 96398229 (claro) e: e-mail - mamedeaf@gmail.com

DECLARAÇÃO

Nome: Felipe Filho de Amorim		Nacionalidade: Brasileno	
Estado Civil: Solteiro	Profissão: Autônomo	Carteira de Identidade: 9022144 MTS	
CPF nº: 025.481.933-12	Residência: Piche de Quiróz, 265		
Bairro: Panqueirão-Luz	Cidade: Fortaleza	Estado: CE	CEP: 60450-225

Em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza 23/08/17.

Felipe Filho de Amorim

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

RALFE SILVA DE AMORIM



DOC. IDENTIFIC. / CNH. Emissão de: 9022144 MTPS CE

CNP: 025.481.993-12 DATA NASCIMENTO: 15/06/1989

Função: ORLANDO LRAO DE AMORIM
 MARIA EDILENE DA SILVA

PREMISSÃO: ALC CATEGORIA: A

ST. RESCISÃO: 06695052128 VALIDADE: 31/08/2017 DATA EXPIRAÇÃO: 31/08/2016

OBSERVAÇÃO:
 SEM OBSERVAÇÃO.

Ralfe Silva de Amorim
 Assinatura do Titular

LOCAL: PORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 05/09/2016

Im. Ver. F. M.
 Assinatura do Oficial

01049065085
 CR152389946

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1351410244

PROVIDO PLASTIFICAR
 1351410244

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MANUELE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/08/2017 às 09:23, sob o número 0164642522017080001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/dntr/conferenciaDocumento.do, informe o processo 0164642522017080001 e código 2EED0AAB.

REMITENTE

INSS 041025

AG DA F SOCIAL FORTALEZA-PARQUELANDIA
RUA PEDRO DE QUEIROZ, 265
PARQUELANDIA
FORTALEZA - CE
60450-225

☐ MUDOU-SE ☐ RECUSADO ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTEIRO/SINDICO

☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE ☐ NÃO PROCURADO

☐ NÃO EXISTE O NÚMERO ☐ AUSENTE

INDICADO

☐ DESCONHECIDO ☐ FALECIDO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM _____

EM _____

RESPONSÁVEL _____

VISTO _____

Impresso pela Dataprev

FORM-CON39A

11/18/1994

FELIPE SILVA DE AMORIM
PAZRE ELIAS SARAIVA 113
PARANGABA
FORTALEZA CE
60720-400



501319698741330000004049030120716

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6793 / 2016****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **13/09/2016 16:55:15**Data / Hora da Ocorrência: **20/04/2016 20:30:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA GOMES BRASIL**

Complemento:

Bairro: **PARANGABA**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **PROX. SUPERMERCADO SUPER LAGOA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FELIPE SILVA DE AMORIM**Nascimento: **15/06/1989** CPF:

RG :

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **MARIA EDISLENE DA SILVA****ORLANDO LEÃO DE AMORIM**Endereço: **RUA PADRE ELIAS SARAIVA, 113**Bairro: **PARANGABA**CEP: **60.720-400**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98580-8999****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OCF5908** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C6KE1520C0074047**Renavam: **396867510** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo:**YAMAHA/FACTOR YBR125 K** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível:**GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOAO AIRTON FERREIRA JUNIOR** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE FELIPE SILVA DE AMORIM(VITIMA) ERA O GARUPEIRO, QUE QUEM PILOTAVA A MOTOCICLETA ERA DANIEL DA SILVA, HABILITADO CNH 05711323038, DETRAN CEARÁ, DE PLACA OCF5908/CE, QUE TRAFEGAVA PELA AV. GOMES BRASIL QUANDO REPENTINAMENTE UM VEICULO QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA REALIZOU UM DESVIO LATERAL E COLIDIU NA MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA. QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. QUE A VÍTIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES E LEVADO PARA O FROTINHA DA PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART.340 DO CPB;

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :**

HOSPITAL DISTRICTAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - DIREÇÃO EXECUTIVA, CENTRO 85 - 31.173.139
Rua Osório de Faria, 1127 - Península - CEP 60.720-015 - Fortaleza, Ceará, Brasil

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da Faculdade que lhe é conferida por Lei que, o Sr. Felipe Silva de Amorim, esteve internado nesta Unidade Hospitalar no período de 08.05.16 à 16.05.16, sob registro de nº 224439, com diagnóstico de fratura exposta dos ossos do Pé direito, sendo realizado uma osteossíntese.

Fortaleza, 20 de Maio de 2016

Atenciosamente,

Dr. João Antônio B. L. Moura
Diretor Médico HDME PGO
CRM 3631

HDME PGO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
Fortaleza



REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRI TAL MARA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PRESENTE
FELIPE SILVA DE AMORIM

CADASTRO

NOME MAE
MARIA EDISLENE DA SILVA

ENDEREÇO
RUA PADRE ELIAS SARAVA 113 PARANGABA

CONTATO

NAS: NEMO
11/08/1988 (26 ANOS)
NEMO RESPONSÁVEL
N
MUN. RIO
FORTALEZA

Nº DO PRONTUÁRIO
224439
SEXO
M

Nº DO BE
57312
RACIA COR
PARDO

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTADOS DO ACIDENTE

OCCORRÊNCIA

CEP
NI

UF
CE

QUEIXA
RELATA TRAUMA EM MÍD. NEGA DM. HAS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
MOT. 10

AVILIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

SINTOMAS
NI

PESO
NI KG

TEMPERATURA
NI °C

CLASSIFICAÇÃO
VERDE

PRESSÃO ARTERIAL
NUNI

ALERGIAS
NEGA ALERGIA

SINUS VITENS
SAT O2
NI%

ESCALA DE DOR
2 (ADULTO)

PULSO
NI

GLUCOSE
NI

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
ANA CAROLINE COSTA DE ALBUQUERQUE
ÁREA ATENDIMENTO

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
20/04/2016 21:45:59

ANAMNESE

PACIENTE DE TRAUMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM W-
TOMSO DO TOMBADO E PÉ @
- TMA GESSADA TIPO BOU

DIAGNÓSTICO

SINT. POLICIAIS

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO

COO. RECEBIMENTO

COO. 5934

DIAGNÓSTICO: TOMBADO E PÉ @ RA/PA/RA OUTROS
PÉ @ RA/PA/RA

MEDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÕES

PROF ENAD LMD 2M

ALTA SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

DETO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

Impresso por ANA CAROLINE COSTA DE ALBUQUERQUE em 20/04/2016 às 21:45:04
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.

HOSPITAL DISTRI TAL MARA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA 2053

FELIPE SILVA DE AMORIM



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRI TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE
FELIPE SILVA DE AMORIM

DADOS PESSOAIS

CASUS

NOME MAE
MARIA EDISLENE DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO
11/06/1989 (26 ANOS)

Nº DO PRIORITÁRIO
224439

Nº DO SE
62299
RACIA/COR
NÃO INFORMADO

ENDERECO
RUA PADRE ELIAS SARAIVA 113 PARANGABA

CIDADE
FORTALEZA

UF
CE

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ENDOS DO ACIDENTE

OCCORRÊNCIA

CEP
60.110-110

QUEIXA

NI

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SINTOMAS

NI

MOTIVO

RETORNO TRAUMATOLÓGICO

PESO

NI KG

PRESSÃO ARTERIAL

NI/NI

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

TEMPERATURA

NI °C

ALERGIAS

NI

SAT

NI

PULSO

NI

GLICEMIA

NI

TIPOLOGIA

JL

RESPONSÁVEL PELA CLASSE

MARIA DE FÁTIMA C

LOCAL

MONTE NOBRE

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO

08/05/2016 19:20:00

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

REAL ATENDIMENTO

ANAMNESE

ATENDIMENTO MÉDICO

Fratura exposta do pé ⑩

DIAGNÓSTICO

Fratura do pé

303090205

SADI SOLICITADO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RX

COD. PROCEDIMENTO

CD

() OUTROS

MEDICAMENTO

ESCRITAÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

ALTAS/BAIXA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

UPO DE ATENÇÃO

CARTEIRA E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Rafael Patrício
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia de Mão e Cotovelo
CRM 1441 TEOT 13375

Impresso por maria de fatima do monte nobre em 08/05/2016 às 19:21:35

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.

FELIPE SILVA DE AMORIM

HOSPITAL DISTRITAL Mª JOSE BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

[Assinatura]
FUNÇÃO - MATRÍCULA



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PROPOSTA DE HOSPITAL DEPARTAMENTAL - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAÚDE
PROPOSTA DE HOSPITAL DEPARTAMENTAL
AV. Odebrecht nº 1117 - Fátima - Fortaleza - CE - CEP 60200-000
Fone: (85) 3233-7332

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)
N.º LAUDO: _____ Nº da AIH: **23161007999 58**

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
UNIDADE HOSPITALAR

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-81

DADOS DO PACIENTE
NOME DO PACIENTE: **Felipe Silva de Amorim**

ENDEREÇO DO PACIENTE: **Rua Padre Eliseu Sargento 113**
Bairro: **Buangaíba**

D.º DO NASCIMENTO: **15/06/89** SEXO: **MASC** CONDIÇÃO: **1.000**

NOME DA MÃE: **Maria Edislene da Silva**
1.000 MASC 2.000 FEM 3.000 SEGURADO 4.000 CONJUGE 5.000 FILHO 6.000 OUTRO DEP.

CPF MÉDICO SOLICITANTE

DADOS DA INTERNAÇÃO
CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT. PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura exposta do osso do pé

INDICADORES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Anamnese + RX

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

FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Risco de complicações

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

TIPO DE CLÍNICA

1.000 CIRÚRGICA 2.000 OBSTÉTRICA
3.000 CLÍNICA MÉDICA 4.000 TISIOPEUMOL
5.000 PSIQUIÁTRICA 6.000 PEDIÁTRICA
9.000 OUTROS

CPF - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROS DE OLIVEIRA
PROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva n° 1127 - Parangaba - CEP 60.720-009
Fortaleza-Ceará Telefone: (85) 3131.7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.:

Atesto que o (a) Sr. (a) TELIPE SILVA DE AMORIM

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 13.06.16 às hs.

Tendo como causa de socorro fratura metatarso.

Necessita de sessenta dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) S92.3

Observações:

Fortaleza-Ce. 13 de 06 de 16

Dr. Hilanemar
Tassinato
Medicina Esp.
CRM 7870

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 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.

Amhulat/MS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/08/2017 às 09:23, sob o número 01646425220178060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0164642-52.2017.8.06.0001 e código 2EE0AAB.

RECEITA

Luiza Silva de Amorim

16 180 200

Bi-proferio ———— dia

Tamoxifeno 0,1 Wuprimina
30 dias

Retorno 30.05.16 11h

Dr. Hildemar D. ...
11.07.16 11h

DATA: 16.05.16

Dr. Hildemar D. ...
Traumato - Ortopedia
Medicina Esportiva
CRM 7879

CRM Médico (a)

Ambulatório

RECEITA

Dr. FELIPE SILVA DE AMORIM

SOLICITAÇÃO

- RETORNO PARA TRATAMENTO CO-
RREÇÃO. (LERIA - FOM - MUITA)

HO: FMT. DO 12, 20, 30 e 40 MET-
TAS DE RINGO

Dr. Ricardo Bezerra
CRM - Médico (a)

DATA: 21.09.16

CRM - Médico (a)

Arbitratório

RECEITA

Felipe S. A.

Retorno

03.10.16

03.10.16

136

Exatidão da Análise
Procedimento de Análise
Exatidão da Análise

DATA: / /

CRM - Médico (a)

Ambulatório



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ CARROSO DE OLIVEIRA
PROTONA DE PARANGABA
Av. ... de Pádua nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000 - Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3131 7332

RECEITA

[Handwritten signature]

Dr. Thiago Parente Neiva Gomes
Traumato - Ortopedia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM-CE 13558 SBOT 14479

13.05.16 (Retorno)

DATA: 13.06.16

CRM - Médico (a)

Assinatura



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000
Fortaleza-Ceará Telefone: (85) 3131 7322

115: 22

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) Felipe Salina de Amorim

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 11 de 1 às 16 hs.

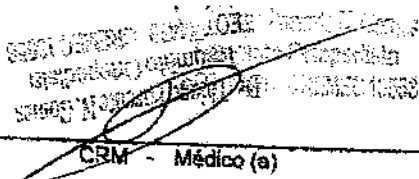
Tendo como causa de socorro _____

SESSENTA

Necessita de 60 dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) 902.3

Observações: _____

Fortaleza-Ce, 22 de 08 de 16


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 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.

Ambulatório

RECEITA

P/ Felipe Silva de Amorim

A TESTADO MÉDICO

Paciente, 27 anos de idade,
com fratura e piúrito.
Segue em acompanhamento
pré-operatório.

Sugiro mais 60 (sessenta) dias
de afastamento de suas atividades
laborais.

DATA: 11/07/16


CRM - 13558 - Dr. Thiago Pereira Nêira Gomes
Medicina - Ortopedia
Cirurgia - Artroscopia de Joelho
Data de emissão: 11/07/16 - SSOT 14479

\$ 62.4

Ambulatório



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DENT. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
EROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000
Fortaleza-Ceará Telefone: (85) 3131 7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) _____

Felipe Silva 15

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 08/05/16 às _____ hs.

Tendo como causa de socorro FRATURA - LUXAÇÃO

DO JOelho

Necessita de (30) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) _____

Observações: Doença por lesão ligamentar no joelho direito
com o 1º e 2º graus.

Fortaleza-Ce, 08 de MAIO de 2016

Dr. Bruno Morano
CRM 3631

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 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.

SINISTRO 3160686231 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FELIPE SILVA DE AMORIM

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CAPEMISA

Seguradora de Vida e Prev.S/A-Filial Fortaleza CE

BENEFICIÁRIO FELIPE SILVA DE AMORIM

CPF/CNPJ: 02548199312

Posição em 02-01-2017 21:37:22

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 5.062,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data de	Valor de	Data de	Valor
02/01/2017	R\$ 5.062,50	R\$ 0,00	R\$ 5.062,50