



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <i>Moisés Pessoa Rocha</i>		Data Nasc: <i>25/11/1972</i>
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>autônomo</i>	Nacionalidade: <i>brasileiro</i>
RG: <i>15557716-61</i>	CPF: <i>574.607.953-72</i>	
Endereço: <i>Avenida Mongubeiras, nº 425, no Centro</i>		
Cidade: <i>Pacatuba</i>	CEP: <i>61.801-365</i>	

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), 17 de Julho de 20 20

Moisés Pessoa Rocha
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Móises Pessoa Rocha, residente e
domiciliado na Avenida Mongubearas, nº 425,
bairro: Centro, na cidade de Pacatuba, portador(a) do
RG nº 15557716-61, inscrito(a) no CPF nº 574.607.953-72,
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, 17 de Julho de 20 20

Móises Pessoa Rocha
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Márcos Pessoa Rocha, brasi
leiro(a), casado, autônomo, portador(a) de cédula
de identidade nº 15557716-61, inscrito(a) no CPF sob o
nº 574.607.953-72, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Cv. Mongubeiras, nº 425,
Bairro Centro, CEP: 61.804 - 365 /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 17 de Julho 20 20.

Márcos Pessoa Rocha

DECLARANTE

TESTEMUNHA

1. _____

RG Nº

CPF Nº

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS

ADVOGADA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente _____ o _____ (a)
Sr(a) Móises Pessoa Rocha 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, 17 de Julho 2020

Móises Pessoa Rocha

DECLARANTE

TESTEMUNHAS

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

PROBADO PLASTIFICAR

1633178351

Observação:

Assinatura: *Moisés Pessoa Rocha*

Assinatura: *Moisés Pessoa Rocha*

CEARA

4598604544

0162381549

26/02/2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

15557716 61

DATA DE EMISSÃO: 17/10/2007

MOISES PESSOA ROCHA

ESTEVAM ARAUJO DA ROCHA

MARIA LIBETE PESSOA ROCHA

PENTECOSTE CE

CER-NAS CM-PENTECOSTE CE

DST-SEDE

574607953 72

25/11/1972

574607953 72

LE Nº 7.116 DE 28/08/88

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

1633178351

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MOISES PESSOA ROCHA

1555771661

574.607.953-72

25/11/1972

ESTEVAM ARAUJO DA ROCHA

MARIA LIBETE PESSOA ROCHA

22/11/2022

10/06/2011

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

Moisés Pessoa Rocha

05225733467

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

0046024310

DADOS DO CLIENTE

MOISES PESSOA ROCHA
AV MONGUBEIRAS, 425, CENTRO
PACATUBA - CEP: 61.801-365
Codificação: 077.106.00.322.00.0057.0000.9
Padrão do imóvel: REGULAR

ECONOMIAS

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

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A19N129980	119	0	10	10

DATAS

Leitura Atual: 06/05/2020 Emissão: 04/06/2020 Lacre Água:
Leitura Anterior: 06/04/2020 Próxima Leitura: 05/06/2020 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 01/2020

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	053	053	010	053	053
Analisadas	053	053	010	053	053
Em conformidade	053	053	010	053	053

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
AGUA	28,30	Mês/Ano MAI/2019 JUN/2019 JUL/2019 AGO/2019 SET/2019 OUT/2019 NOV/2019 DEZ/2019 JAN/2020 FEV/2020 MAR/2020 ABR/2020
PARCELAMENTO DE DEBITOS	5/6 56,86	Água (m³) 5 12 12 9 4 11 12 12 10 9 9 10
		Esgoto (m³) 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,81	Descrição	
COFINS	4,07	VALOR DO SERVIÇO	97,96
		VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	85,16

MÊS/ANO
05/2020VENCIMENTO
02/06/2020TOTAL A PAGAR (R\$)
85,16

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

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m3 | META: 10 m3.
Agradecemos sua pontualidade. Agua tratada e saude.
Consumo cobrado pela media de 10 m3.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

AVISOS

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Fatura Mensal

Via do agente
arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 0046024310
Vencimento: 02/06/2020
Mês/Ano: 05/2020
Total(R\$): 85,16

CONTA PAGA

EMISSION: CAGECEAPP 04/06/2020 09:25:46



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019872104



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4142 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **29/11/2019 16:16:05**
 Data / Hora da Ocorrência: **02/10/2019 17:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **R BENJAMIM BRASIL , MARAPONGA - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MOISES PESSOA ROCHA**
 Nascimento: **25/11/1972** CPF: **574.607.953-72**
 RG: **1555771661** Orgão Emissor: UF:
 Filiação: **MARIA LISETE PESSOA ROCHA**
ESTEVAM ARAUJO DA ROCHA
 Endereço: **RUA MARIA DE SÁ RORIZ, 425**
 Bairro: **MUNGUBA**
 Município: **PACATUBA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98511-7132**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PMY7190 Uf: CE Município: MARACANAÚ Chassi: 9C2NC4330ER004153 Renavam: 1022231550 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CB 300R LIMITED Ano Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Combustível: GASOLINA Cor: BRANCA Proprietário: MOISES PESSOA ROCHA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMY-7190 NA RUA BENJAMIM BRASIL QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE./////////
 OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Moses Pessoa Rocha

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

AGENTE
Pessoa Rocha

DADOS PESSOAIS

CADASTRO DE PESSOA FISICA (CPF): 57460795372

NASCIMENTO
26/11/1972(48
ANOS)

Nº DO
PRONTUÁRIO
5162389

Nº DO BE
374191

SEXO
M

M

**RACACOR
PARDO**

NOME MAE
**MARIA LISETE PESSOA
ROCHA**

CATLIBA

CE

ENDEREÇO
AVENIDA MANGABEIRAS 425 SAMU USB 16
MONGUBA
CONTATO
(85) 98134-2272

(85) 98134-2272

OCORRÊNCIA

TRAZIDO PELO SAMU. COLISÃO MOTO X CARRO. GLASCOW 15. EDEMA E LACERAÇÃO EM TORNO NOZELO ESQUERDO.

MOTIVO
COLISAO C/UM AUTOM. PICK UP OU CAMINHON

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

**ALERGIAS
NEGA**

SINAIS VITAIS

SAY 02
974

917

PULSIO

92

Conclusion

NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
SANDRA OLIVEIRA DA SILVA

DATA E HORA DA
CLASSIFICAÇÃO
02/10/2015
18:35:27

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MEDICO

ATENDIMENTO MÉDICO

Rt per se cutis dnto
leuco Res x 2 termo x 10 sig A p.p. + lue
Contra a napine sig
~~Fato vta~~ 2 termo x 10 sig + lufre
Ap fma

COOL. PROCEEDING WITH. 1. 1961

() OUTROS

MÉDICAMENTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO
Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5106
CDE: 228.775.923-91

TIPO DE ALTARADA

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
ESTADO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO ESPECIALISTA

1850 por Sandra Oliveira da Silva em 02/10/2019 18:35:27

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.

MOISES PESSOA ROCHA

04 385.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Doméstica Fariaz Coelho 1570
Mossoró - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Ceara

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO CEARA, protocolado em 29/06/2020 às 09:46 , sob o número 02353944420208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0235394-44.2020.8.06.0001 e código 6BE9947.



SUS

Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

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)

8 - DATA DO NASCIMENTO

6 - Nº PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura exposta tornozelo B (medial malleolus + fíbula Weber C) há 10 dias

18 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Necessidade de TTO cirúrgico

19 - PR

RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Amplamente + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

43 - Nº DA PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO AUTORIZAMENTO

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

49 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

50 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

51 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

52 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

53 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

54 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

55 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

56 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

57 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

58 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

59 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

60 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

61 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

Carolina Freitas
25/11/19

GRUPO HUGO-BORGES-AM-884

PACIENTE: Moises Pessoa Rocha
DATA OPERAÇÃO: 22/10/19 ENFERMARIA: LEITO:
1º AUXILIAR: Igor de Lucena 2º AUXILIAR: 3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR: MAURO GOMES
ANESTESISTA: ROQUIANDES TIPO DE ANESTESIA:
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX de tornozelo + lesão lig. AGUDA
TIPO DE OPERAÇÃO: 720 cin. FX de tornozelo @ + reparo
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO: ligamento

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:
EXAME RADIOLOGICO NO ATO:
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCN. LIGATURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPE
1) PROC. DE LIG. DO TORN. SOB
ROQUIANDES
2) A + A + A
3) incisão lateral no tornozelo @
+ drenagem por pontos + reparo
direto de fratura + 01 pontos
13 de 7030 + 06 pontos comissais
+ reparo lig. lateral
4) ACesso medial el. reagra
de FX (comissais do maléolo medial)
+ 02 pontos espalhados
5) sutura por pontos + curativo

04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRICTAL EDMILSON
EDMILSON DE OLIVEIRA
Av. João ... 1571
Mossoró - RN - 59604-810
Fone: (51) 3664-810
Ceará

Dr. Igor de Lucena
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Pé e Tornozelo
TEOT 15804 / CRM 16152

Gráf HDEBO - JAME-Des
25/11/19

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

RELATÓRIO DE ALTA

137

PACIENTE Moises			
PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO 14/10/19	DATA DA ALTA 23/10/19	DATA DO RETORNO 04/11/19	MÉDICO PARA RETORNO Dr Igor

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Operado pelo Dr Igor

Dr Paulo
out

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL Infecção da ferida
ACESSÓRIO 1
ACESSÓRIO 2
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS Ex

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirurgia

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

ANIK + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐ CURADO
 ☒ MELHORADO
 ☐ PIORADO
 ☐ ÓBTOS
 ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

27/10/19

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Gráfica HDEBO-SAME-Relatório de Alta-00

Atendimento 1.614.045 

Paciente Moises Pessoa Rocha

Segurado Moises Pessoa Rocha

Convênio PARTICULAR

Plano PARTICULAR

 Matrícula 

Endereço MARIA DE SA RORIZ, 420

Complemento

Prontuário 170886

Idade 46 anos e 11 meses

Fone 30140947 85117132

Val. Carteira

Identidade 1555771661

Bairro MONGUBA

Cidade Maracanau

Sexo Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Sator Emergencia-Pronto Socorro

Atendente Enayle Galdino de Menezes

Especialidade Traumatologia

Classificação Consulta

Medico/C.d Tacito Yuri Melo Ramos de Lima

Data 04/11/2019 - Segunda-feira

Hora 13:47:04

Queixa Principal DORES NO TORNOZELO ESQ

HDA

PROCEDIMENTO

Pet submetido a tratamento cirurgico de fratura de tornozelo E, sendo operado por outra ins-tituição, e, no momento, em acompanhamento ambulatorial e reabilitação fisioterápica

DIAGNOSTICO

Tacito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14105 - TEST 15246

Dr. Tacito Yuri Melo Ramos de Lima (CRM 14105)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

15.867.015/0001-757
ÇÃO DAS CLINICAS DO CEARÁ LTDA.

Av Aguanambi, 332

Fátima - CEP 60.055-402

Fortaleza - Ceará

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL
Atuação Maio

Paciente: **Moises Pessoa Rocha**

Cartão: **170886**

Sexo: **M**

Idade: **46a 11m 10d**

Endereço: **1.614.045**

Convênio: **PARTICULAR**

Prescrição: **2167880**

Data Exame: **04/11/2019**

Solicitante: **Tacito Yuri Melo Ramos de**

X TORNOZELO ESQUERDO AP/P

AUDO:

Fraturas da fíbula distal e maléolo medial do tornozelo esquerdo, com presença de material de síntese. Esporão ósseo calcâneo plantar e posterior.

°.INC.....[02]



Dr. Vanor Cruz
CPF 026244513-15
CREMEC 2080

Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira

Avenida Jornalista Tomaz Coelho, 1578 - CNPJ: 04.885.197/0012-05 - Messejana - 85 - 3105.1560

ATESTADO MÉDICO

B.E. Nº. _____

Atestamos para os devidos fins que, _____

foi atendido neste Hospital na data de, 02/10/19, às _____
e o(a) mesmo(a);

1. Necessita de 15 dia(s) de suas **Atividades Profissionais**,
a partir desta data por motivos de doença cid nº 15

2. Necessita de 15 dia(s) de suas **Atividades Escolares** a
partir desta data por motivos de doença cid nº _____

3. Encontra-se () **APTO**, () **INAPTO** a prática do componente
curricular de Educação Física no período de, ____/____/____ à
____/____/____.

4. Paciente foi atendido neste hospital às _____, podendo retornar
ao trabalho.

5. Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade,

6. Paciente concorda com a posição do diagnóstico: _____

Obs.: _____

Uso Exclusivo do HOEBO - Messejana

Fortaleza 02 de 10 de 19

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5158
CPF: 228.775.923-91

Carimbo do Profissional

Mois Pina Roda
Atestado

Atesto para os devidos fins que o
paciente acima especificado foi
vítima de acidente de moto -
ciclota (SIC) evoluindo com fratura
exposta bimalar de Tornozelo B.
Foi submetido à TTO em urgência, o
qual encontra-se no momento de
alta definitiva.

ESP - 10: 582.0

18/12/19

Fátima Tur Mejo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 11985 - RBO 11985

Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311-6000



Moises Pessoa Rocha

laudo

Paciente vítima de acidente de motocicleta, sendo submetido à TTO cirúrgico de fratura exposta em Tornozelo B (lateralizador) há 3 meses. No momento, encontra-se sob alta médica e persistindo com rigidez articular pós-traumática.

CJD - 587

Tácito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - TEOT 15349

2310112020

AV. SANTOS DUMONT, 3371 - FONE/FAX: (85) 3486.8700 - CEP 60.150-162 - FORTALEZA - CE



(/)

Buscar no site

A COMPANHIA ▾

SEGURO DPVAT ▾

PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)

CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾

SALA DE IMPRENSA ▾

TRABALHE CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPV final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200043945 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MOISES PESSOA ROCHA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO MOISES PESSOA ROCHA
CPF/CNPJ: 57460795372

Posição em 04-06-2020 21:35:42

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/02/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
10/02/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/uUiq__w9OhFSand8GNfrkHQ==/VAAbNOO5AvQtj__ekBwyyBaRv+PRVDi api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaQeG+Ndcyfj4C+vlucrjljc=)
04/02/2020	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/z+PgPB3s62fhCjYkTyNujQ==/Dc8cF6jFsYHIKSTw0jEEWx5y8JajBFQfH+nDtTC api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaQeG+Ndcyfj4C+vlucrjljc=)
30/01/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/wEMtDBAbUFT4jiYm0w1FjQ==/EKQVNbNMY+tDvrBtnwwayjgk3jnWBqkxW__ api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaQeG+Ndcyfj4C+vlucrjljc=)

DOCUMENTOS PENDENTES

Clique aqui para enviar.



(https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 29/06/2020 às 09:46 , sob o número 02353944420208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0235394-44.2020.8.06.0001 e código 6BE9947.