

PROCURAÇÃO

PARTE OUTORGANTE:

Nome: José Wilson Ferreira da Silva Filho
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Advogado,
RG nº 8390685 SDS/PE, CPF/MF nº 105.565.364-36, com
endereço residencial na Rua Rosa de Oliveira 660 CS,
Rio Doce - Olinda - PE Cep. 53090-000

PARTE OUTORGADA:

GISELLE VALENÇA DE MEDEIROS, SÉRGIO PORTO ESTEVES e BRUNA VITALINO DA CONCEIÇÃO, brasileiros, sendo os primeiros advogados, devidamente inscritos na OAB/PE sob os nºs 17.828, 16.236, e a última estudante de direito, todos com endereço profissional à Rua Francisco Alves, 105, sala 104, Recife – PE, onde recebem as intimações legais.

PODERES:

Para representar a PARTE OUTORGANTE em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com poderes incluídos nas cláusulas “ad judícia” e “ad judícia et extra”, podendo propor ações, requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, transigir, recorrer, desistir, renunciar a crédito, receber valores e dar quitação, levantar quantias em depósito judicial através de Alvará, firmar compromissos, substabelecer no todo ou em parte, bem como todos os poderes permitidos em direito sempre no interesse do outorgante.

Recife, 09 de Julho de 2019.

José Wilson Ferreira da Silva Filho
outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, João Wilson Ferreira da Silva Filho
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 8.300.685 545/PE
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 105.565.364-36, residente
na Rua Rosa de Oliveira, 660 CS, Rio Doce,
Olinda - PE. Cep. 53040-000

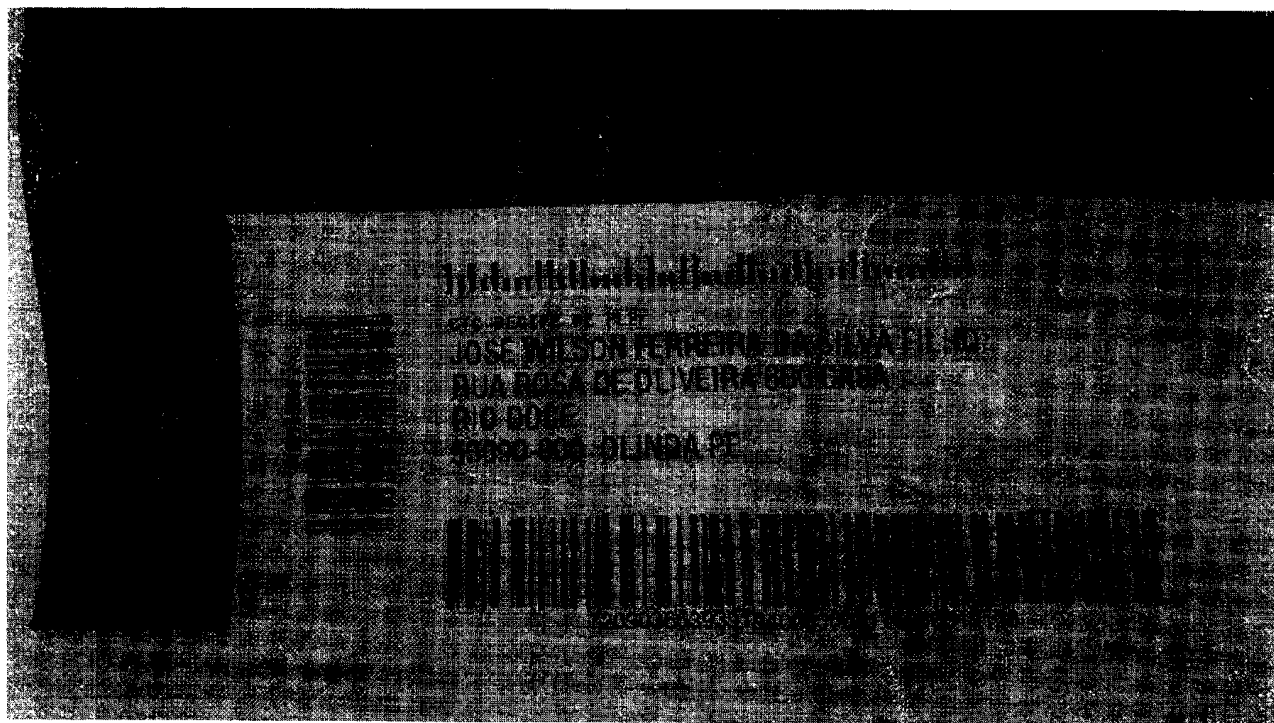
declaro para os devidos fins, sob as penas da Lei de Assistência Judiciária nº 1.060/50 e demais legislações aplicáveis à espécie, e sob minha própria responsabilidade, que não tenho condições financeiras de pagar custas do processo, despesas com publicações e/ou outras despesas concernentes, sem prejuízos próprios.

Recife, 09 de julho de 2019

João Wilson Ferreira da Silva Filho
Declarante









GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0116000548**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/02/2018** às **18:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/2/2018** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 1** - Bairro: **JARDIM ATLANTICO** -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSÉ WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES CORREIA DA SILVA** Pai: **JOSÉ WILSON FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **29/12/1991** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8390685/SDS/PE (RG), 10556536436 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ATENDENTE** Telefones Celulares: **971192816**

Residência: **RUA ROSA DE OLIVEIRA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1, BAIRRO RIO DOCE 4 ETAPA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PFL1876**

VEÍCULO 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VOLVO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071615132435400000047147792>



1/02/2018

Descrição: **PLACA PGX7373**

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **JOSÉ WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA (VEÍCULO 1) QUE SEGUIA EM SUA MOTO ACIMA CITADA NO SENTIDO SUBURBIO / CIDADE QUANDO DERREPENTE NAS PROXIMIDADES DO COLEGIO REAL LOCALIZADO EM JARDIM ATLANTICO. O MESMO FOI TRANCADO PELO VEÍCULO 2 VINDO A CAIR DA MOTO. EM SEGUIDA O CONDUTOR DO VEÍCULO 1 FOI SOCORRIDO PELO BOMBEIRO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES. PAULISTA. EMQUANTO QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO 2 PAROU SEU VEICULO E LIGOU PARA O SAMU. O CONDUTOR DO VEÍCULO 1 SOFREU FRATURA EXPOSTA EM TRES DEDOS PÉ DIREITO. ONDE O MESMO PASSOU POR UMA CIRURGIA COLOCANDO RAIOS NOS TRES DEDOS . . COMO TAMBEM SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES NO BRAÇO DIREITO E PERNA DIREITA. O MESMO APRESENTOU NESTA D.P. A FICHA DE ESCLARECIMENTO DO H. MIGUEL ARRAES ONDE FICARA ANEXO NESTE B.O. NADA MAIS DIGO DE REGISTRO O MESMO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial


JOSÉ WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ELY RODRIGUES DA SILVA** - Matrícula: **3811395**





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000223 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^a). JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO , 26 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8390685 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 105.565.364-36, residente à RUA ROSA DE OLIVEIRA , nº 660 , RIO DOSE, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 02/02/2018, por volta das 19:05 hs, no endereço: RUA PEDRO ALVARES CABRAL, S/N, JARDIM ATLÂNTICO OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES PRETA PFL1876-PE ; CAMIONETA I/VOLVO XC60 2.0 T5 MOM PRATA PGX7373-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^a) JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO , inscrito sob o CPF nº 105.565.364-36 e Registro Geral ° 8390685, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798287-9 SAULO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 111928. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 16/03/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site: <http://www.cbm.pe.gov.br/> , consultar protocolo nº 2018APH000223

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 414780

Senha da Classificação:

Data e Hora: 02/02/2018 20:20

Paciente: 111928 JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/12/1991 Idade: 26 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES CORREIA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA ROSA DE OLIVEIRA

660

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Alerte vítima de queda de moto w
2 anos com lesões em face e membros

Exame Físico

MD: hr, edem e dor no m. 4/10

Hipótese Diagnóstica

met. ext. de a. p. d. d.

Prescrição Médica

D= 1/6/20

Claudio Costa Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 12346

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação

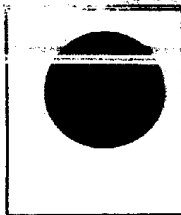


A METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE HMP

Retirada da serinha: 02/02/2018 20:17



Nome Paciente: JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO
Cód. Paciente: 111028
Data de Nascimento: 29/12/1991
Sexo: Masculino
Idade: 26
Senha: 0030
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 414780
SAME: 99191

Período: 02/02/2018 21:00 - 02/02/2018 21:01

KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PSCIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO.
APRESENTA FERIMENTO EM MID.

Observação: TRAZIDO PELO BOMBEIROS.
NEGA ALERGIAS/ HAS/ DM.

Exograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais vitais Livros:
- FREQUENCIA CARDIACA: 98.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

Kamila Carnauba
Coord. Enfermagem

Acolhido(a) por: KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/02/2018 21:01

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO			6 - Nº Prontuário	414928
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RacaCor	10.1 - Etnia	
705609471922011	29/12/1991	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	04 - Amarela	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA DE LOURDES CORREIA DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198852105
13 - Nome Responsável	ANGELA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA ROSA DE OLIVEIRA, 660 - RIO DOCE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53090000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
ENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 2 HORAS, EVOLUI COM DOR E FERIMENTO CONTUSO EM PE DIREITO.

21 - Condições que justificam a internação
CIRURGIA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE F2 DE 4 PDD + LUXAÇÃO DE FALANGE DISTAL DE 3 PDD E LUXAÇÃO DE F2 DE 5 PDD	S627 S931	V7199 V299	0409050091

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	0415040035		
Especialidade	30 - Carater de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	02/02/2018	Claudio Costa Neto Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 24.099	16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
	Claudio Costa Neto Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 24.099	

AIH
261810157389-0

Código do Laudo: 414780



FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 414788

Usuário: WESLEYFS

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO** Prontuário: 111928
Idade: 26a 1m 5d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 29/12/1991
Profissão: Escolaridade: CEP 53090000
R.G.: C.P.F.: Telefone: - OLINDA - PE
Endereço: RUA ROSA DE OLIVEIRA, 660 - RIO DOCE
Dados da Internação
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 2/2/2018 22:29
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-33
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Numero:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 05/02/18 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Bom
Diagnóstico Principal.....: FT Ext do 4º PDD
Diagnóstico Secundário01.: Luxação ext 3º PDD
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: Tratamento conservador + DC + Redução + fixação
Dr. Renato Holanda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 25.345
Médico e CRM:
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Angela L. Rego
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 414788

Dt Atendimento: 02/02/2018 - 22:29

Dt Alta: 03/02/2018 - 15:14

Paciente: 111928 JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 709 VERD2-33

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ROSEANERSN

CID: S627 FRATURAS MULTIPLAS DE DEDO(S)

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ROSEANE RODRIGUES DA SILVA NASCIMENTO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 414780 Prontuário: 111928 SAME: 99191
Paciente..... : JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO
Endereço..... : RUA ROSA DE OLIVEIRA
Bairro..... : RIO DOCE
Cidade..... : OLINDA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 02/02/2018

Hora Atend: 20:20 Data Atend: 02/02/2018
Idade: 26 a

UF...: PE CEP: 53090000
Plano...: PLANO UNICO

Hora Saída : 22:28

Prestador da Evolução Médica:

PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO REG: 111928

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 2/2/2018 DATA DA ALTA ____/____/____

DIAGNÓSTICO: *lesão de 1º grau*

TRATAMENTO REALIZADO:

1. medicação - pomada

ORIENTAÇÃO:

Evitar atividades físicas por 15 dias

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Renato Holanda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.346

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 03/02/2018

Hora.....: 00:35

Aviso de Cirurgia : 47749

Sala : 0002

SALA 02

Paciente : 111928

JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO

Atendimento : 414788

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 709

VERD2-33

Idade : 26 Anos 5 Dias

Dt. Início : 03/02/2018 00:01

Dt. Fim : 03/02/2018 00:45

Sid Pré-Operatório : S627

FRATURAS MULTIPLAS DE DEDO(S)

Sid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050470

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO

14501 IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE PODODACTILOS

CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE DEDOS DO PÉ

CIRURGIÃO: IVAN + IGOR

ANESTESISTA: CICERO

ANESTESIA: RAQUI

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA ;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA; APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. IDENTIFICADO FRATURA EXPOSTA DE 03,04 E 05 PD;
5. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%;
6. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
7. REDUÇÃO DE LUXAÇÃO INTERFALANGICA;
- FIXAÇÃO DAS FALANGES COM FIO K COM AUXÍLIO DE FLUOROSCOPIA.
- LIMPEZA + SUTURA
- 0. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**Dr. Igor Dantas
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 22.642DR(A) : IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA
CRM : 14501

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 16/07/2019 15:13:24

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071615132441900000047147793>

Número do documento: 19071615132441900000047147793

SINISTRO 3180308494 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE WILSON FERREIRA DA SILVA FILHO

CPF/CNPJ: 10556536436

Posição em 09-07-2019 11:02:56

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

