



ALVES & MELO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARCONE SILVA DE MELO, brasileira (a),
profissão ATENDENTE, Identidade nº 7891766, CPF nº 078567954-50,
residente e domiciliado (a) AVA JOÃO GALVÃO OLIVEIRA, CEP: 53320-300,
e-mail: N. POSSUI, Telefone/Whatsapp: 98617-7109.

OUTORGADOS: **RODRIGO ALVES DIAS**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351 e **THIAGO FELIPE DIAS DE MELO**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 53.167. Ambos com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n. 330, Salas 06/07, Recife – PE, CEP 50750-630.

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive requerer os benefícios da justiça gratuita em favor do seu constituinte, como também retirar alvará judicial de pagamento em cartório, e realizar acompanhamento também na esfera administrativa, quando necessário podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como subestabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o subestabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

Marcone Silva de Melo

OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convencionado que o Outorgante, ora contratante, pagará ao Advogado ora contratado honorários advocatícios **no percentual de 30% (trinta) por cento**, sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a **reter** os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

RECIFE, 26 de OUTUBRO de 2020

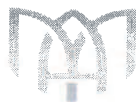
Marcone Silva de Melo

CONTRATANTE

Empresarial da Ilha – Rua Helena de Lemos, nº 330, salas 06/07, Ilha do Retiro, Recife – PE, CEP: 50.750-630
Contato(s): 81 3222 2062 (whatsapp) – 81 99234 1478 – 81 99608 9260

12





DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, MARCONI SILVA DE MELO, brasileira, (a), profissão:
ATENDENTE, carteira de identidade/RG nº 7891766, inscrito (a) no CPF
sob o nº 078567954-50, residente e domiciliado (a)
RUA JOÃO GALVÃO - OLINDA, CEP: 53320-300
e-mail: N POSSUI Telefone/Whatsapp: 98617-7109.
declaro sob as penas da lei que não tenho condições de arcar com custas processuais, bem como
quaisquer custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto requiro
os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei 1060/50.

RECIFE, 26 de OUTUBRO de 2020.

marconi silva de melo

Declarante









GTC RECIFE PE PL2
MARCONE MELO
RUA JOAO GALHARDO 142 CS
BULTRINS
53320-300 OLINDA-PE

95215 - 0000007135
DATA DE POSTAGEM: 20/12/2019



7210190783952151002205604430201219





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0114000739**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/01/2020** às **11:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **1/11/2019** às **15:16**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SERRITA, 01, RUA MANOEL REGUEIRA** - Bairro: **BULTRINS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53030-150**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PREJUDICADO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE LUCAS VELOSO DA SILVEIRA (OUTRO)
MARCONE SILVA DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONE SILVA DE MELO**

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

MARCONE SILVA DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA** Pai: **MARCOS AURELIO DE MELO** Data de Nascimento: **27/8/1987** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7891766/SDS/PE (RG), 07856795450 (CPF)** Profissão: **ATENDENTE** Telefones Celulares: **- 81987707861**

Endereço Residencial: **RUA JOAO GALHARDO, 142, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: BULTRINS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE LUCAS VELOSO DA SILVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

CICLOMOTOR I /SHINERAY XY 50 Q, PLACA PDP9861, COR VERDE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE LUCAS VELOSO DA SILVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONE SILVA DE MELO**
Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE)** Valor Unitário: **(REAL)** Valor Total: **(REAL)**

Placa: **PDP9861 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Descrição: **CICLOMOTOR I /SHINERAY XY 50 Q, PLACA PDP9861, COR VERDE**

22/01/2020 1:

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP O SENHOR MARCONE SILVA DE MELO, QUEIXANDO QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO. ALEGA O QUEIXOSO QUE TRANSITAVA COM O CICLOMOTOR I /SHINERAY XY 50 Q, PLACA PDP9861, COR VERDE, PELA AVENIDA MANOEL REGUEIRA, BULTRINS, OLINDA/PE, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A DESLIZAR E DERRAPAR NO CHÃO, DEVIDO A CASCALHO NA VIA, CAINDO AO CHÃO, SOFRENDO UMA FRATURA NA TIBIA E FIBULA. ALEGA O QUEIXOSO QUE FOI SOCRRIDO PELOS BOMBEIROS (CERTIDÃO 2019APH001415 DIV.OP) PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES , PRONTUARIO 130936, CNES 6431569.

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

Marcone Silva de Melo

MARCONE SILVA DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JULIO CESAR MACHADO - MAT. 208.463-5**
(Liberado em **22/01/2020** às **12:02**)





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001415 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). MARCONE SILVA DE MELO, 32 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 7891766 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 078.567.954-50, residente à RUA JOAO GALHARDO, nº 142, CS, BULTRINS, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 01/11/2019, por volta das 15:16 hs, no endereço: RUA MANOEL REGUEIRA, S/N, BULTRINS OLINDA-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA SHINERAY VERDE PDP9861-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) MARCONE SILVA DE MELO, inscrito sob o CPF nº 078.567.954-50 e Registro Geral ° 7891766, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707259-7 MICHELE. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 130938. Ficou aos cuidados do médico GUILHERME ANSELMO, registro 27749. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 21/01/2020

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 2019APH001415

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



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 01/11/2019 16:26



Nome Paciente: MARCONE SILVA DE MELO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 27/08/1987
Sexo: Masculino
Idade: 32 anos
Senha: 0017
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 01/11/2019 16:36 - 01/11/2019 16:43

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO COM HISTÓRIA DE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO POSSÍVEL FRATURA EM MIE (TÍBIA OU FÍBULA), COM ESCORIAÇÕES EM HÁLUX ESQUERDO, JOELHO ESQUERDO E MSD.

Observação: NEGA AHS E DM
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- SACR - REGUA DE DOR: 10
- FREQUENCIA CARDIACA: 88.00 BPM
- GLICOSE: 98.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %
- TEMPERATURA(C): 35.90 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de País

Sim Não

Local

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/11/2019 16:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 28/10/2020 15:04:28

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102815042830200000068874050>

Número do documento: 20102815042830200000068874050

Num. 70242896 - Pág. 9



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	MARCONE SILVA DE MELO			6 - Nº Prontuário	130936
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
01 204 0536937 14	27/08/1987	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA DAS GRACAS DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198770786
13 - Nome Responsável	AMANDA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA VIVENCIA, 107 - FRAGOSO				
16 - Município	OLINDA			17 - IBGE	260960
			18 - UF	PE	19 - CEP
			53060550		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Tipos Sinais e Sintomas Clínicos

TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE 02 HORAS, APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM REGIAO DE PERNA ESQUERDA. ALEM DISSO, APRESENTA LESÃO CORTOCONTUSA EM HALUX E JOELHO ESQUERDOS.

21 - Condições que justificam a Internação
TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE+EXAME FISICO+RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA

24 - CID 10 Principal

S822

25 - CID 10 Secundário

W199

26 - CID 10 Causas Associadas

582.3
V299 0405.02.006-9

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBI

28 - Código do Procedimento
0408050861

29 - Especialidade

CIRURGICA

30 - Caracter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016000814998

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

34 - Data da Solicitação

01/11/2019

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

16863

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

37 - () Acid. Trabalho Típico

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

39 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

39 - CNPJ Seguradora

42 - CNPJ / Empresa

40 - Nº Bilhete

43 - CNAE / Empresa

41 - Série

44 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

E260000001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento

() CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH

261910222816-0

Dr. Rodrigo Alves Dias
Traumatologista
CRM 11.111

Código do Laudo:

502125



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 28/10/2020 15:04:28

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102815042830200000068874050>

Número do documento: 20102815042830200000068874050

FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 502194

Usuário: WESLEYFS

DADOS DO PACIENTE

Paciente: MARCONE SILVA DE MELO		Prontuário: 130936	
Idade: 32a 2m 6d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 27/08/1987
Profissão:		Escolaridade:	
R.G.:	C.P.F.:	Telefone:	CEP: 53060550
Endereço: RUA VIVENCIA	, 107	- FRAGOSO	- OLINDA - PE

Dados da Internação

Origem: INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 02/11/2019 21:19
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: 5 AND - ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA 4 LEITOS
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito: ORTO-502-LEITO 001

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.: 26711729
Preço:	Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 12 / 11 / 19	Hora da Alta: _____
-----------------------------------	----------------------------

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Boas condições clínicas

Diagnóstico Principal.....: Fratura dos ossos da perna esquerda - Pé direito

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Prescrição.....: RFI de Muteolo posterior com parafuso de 7x50 -
RFI com placa e parafuso em fibula

Médico e CRM: _____

Responsável pela retirada do paciente Marcos Silva de Melo **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 _____

Marcos Silva de Melo
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável!



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 502125 Prontuário: 130936 SAME: 117547 Hora Atend: 16:48 Data Atend: 01/11/2019
Paciente..... : MARCONE SILVA DE MELO Idade: 32 a
Endereço..... : RUA VIVENCIA
Bairro..... : FRAGOSO
Cidade..... : OLINDA UF.: PE CEP: 53060550
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 02/11/2019 Hora Saída : 21:18

Prestador da Evolução Médica: FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE / 16863
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

0017

Usuário Atendimento: MONICABSL

Observação:

Hora:

CONJUNTO VITIMA DE ACIDENTE ROTACIONAL NA CILINDRO DE ALUMINIO. OBRAS
SEUS COMBUSTÍVEIS, TERMOVIAIS EM EM FERRA (E) ALUMINIO, TERMOVIAIS DE
SEUS RESOLUÇÃO DE FERRA

2B, 10E, 6A, 10, 11E, 12

GRANDE PARE EN LATA DE 20X1 E PARENA DE 10X10
LATA DE 10X10 COM 10 LATA DE 10X10

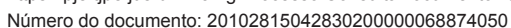
Factorial ANOVA is F1 @ 2 + F2 @ multiple

4. WSTO 1000670795

Assinatura e Carimbo/Médico

() Encaminhado ao setor de internacionalização

Senha:





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Marcos Silva Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
22/11/19	Diário em 11/11/19
	Trans M TIVA 01x 1
	Torçao 190
	Rto para 2,
	em 1000 cm
	no 1000
	fe 1000 cm, 10
	em 1000 cm
	Amo 1000 cm
	Amo 1000 cm
	Amo 1000 cm
	Amo 1000 cm

Fábio Kauffman
CRM: 14.368



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

Página.: 0001

Data.....: 11/11/2019

Hora.....: 16:28

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 60814
Paciente : 130936
Convênio Atend. : 1
Leito : 197
Dt. Início : 11/11/2019 15:00
Cid Pré-Operatório : S822
Cid Pós-Operatório : S822

Sala : 0001 SALA 01
MARCONE SILVA DE MELO
SUS - INTERNACAO
ORTO-502-LEITO 001
Dt. Fim : 11/11/2019 16:00
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 502194
Carteira :
Idade : 32 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 15570 ROMERO MONTENEGRO NERY
ANESTESISTA 11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA + FRATURA DO MALEOLO POSTERIOR DO TORNOZELO ESQUERDO
CIRURGIA: RFFI DO MALEOLO COM PARAFUSOS DE TRAÇÃO + RFFI DA TÍBIA PLACA EM PONTE
CIRURGIÃO: DR ROMERO NERY
1º AUXÍLIO: DR ICARO MÔLIM
ANESTESISTA: DRA MARIA DA CONCEIÇÃO
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ANESTESIA;
2. GARROTEAMENTO DO MIE + ASSEPSIA E ANTISEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS;
INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE PÔSTERO-LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO;
PASSAGEM DE 2 FIOS GUIAS, SOB CONTROLE FLUOROSCÓPICO NO AP E PERFIL, EM MALEOLO POSTERIOR DE POSTEROLATERAL PARA ANTERO MEDIAL;
FIXAÇÃO DO MALEOLO POSTERIOR COM 2 PARAFUSOS CANULADOS 3,5MM;
7. INCISÃO DE 07 CM EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO E PASSAGEM DE PLACA 'T' 4,5MM 12 FUROS DE DISTAL PARA PROXIMAL EM FACE MEDIAL DA TÍBIA SENDO A MESMA FIXADA COM 6 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5MM;
8. CONTROLE FLUOROSCÓPICO DO POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES NO AP E PERFIL;
9. SUTURA POR PLANOS DAS INCISÕES;
10. CURATIVO ESTÉRIL;
11. RETIRADA DE GARROTEAMENTO E VERIFICADA BOA PERFUSÃO DISTAL DO MIE.

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Dr. Romero Montenegro Nery
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15570

FATURADO
16/11/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DR(A) : ROMERO MONTENEGRO NERY
CRM : 15570

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 502194

Dt Atendimento: 02/11/2019 - 21:19

Dt Alta: 12/11/2019 - 22:46

Paciente: 130936 MARCONE SILVA DE MELO

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 197 ORTO-502-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: LUANAACO

CID:

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

Observação de Alta

ANA CAROLINE DA SILVA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



REV-2016

seguradora.com.br/seguro-DPVAT/consultar-o-processo

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização

SINISTRO 3200050373 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARCONE SILVA DE MELO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO MARCONE SILVA DE MELO
CPF/CNPJ: 07856795450

Posição em 27-10-2020 11:49:04
 O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
 Data do Pagamento: 22/XX/XXXX
 Valor da Indenização: R\$ 00.000,00
 Juros e Correção: R\$ 000,00
 Valor Total: R\$ 00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/02/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da	Referência	Ver
---------	------------	-----

