

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: *Jose William Alves, Brasileiro, Solteiro, Agricultor, inscrito no CPF: 107.550.264-03, portador da cédula de identidade nº 8.869.606 SDS/PE, Sítio Caibinas, Capoeiras-PE, CEP: 55365-000.*

OUTORGADOS: **EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, portador, respectivamente, da OAB-PE **28.570**, com endereço profissional na Avenida , endereço eletrônico: evl.advogado@yahoo.com.br

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu *Jose William Alves*, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Recife, 10 de Maio de 2019.

Outorgante/Declarante

x *Jose William Alves*

1

Minio





Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 01/08/2019 15:51:16

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080115511602100000047895703>

Número do documento: 19080115511602100000047895703

Num. 48643068 - Pág. 2

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.869.606

DATA DE EXPIRAÇÃO 25/09/2009

NOME << JOSÉ WILIAN ALVES >>

FILIAÇÃO << LUIS LAURENTINO ALVES >>

<< FRANCISCA FLORENTINA ALVES >>

NATURALIDADE CAPOEIRAS - PE

DATA DE NASCIMENTO 27/10/1991

CPC: ORIGINAL << CN.16245 LA-15 F.089 CART. CAPOEIRAS-PE 26.08.1992 >>

CPF

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 21/08/83

F-36 5.533 - 4.52

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 03R-29

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR JOSE WILIAN ALVES

DATA DE NASCIMENTO 27/10/1991

Nº INSCRIÇÃO 0792 4198 0809

ZONA 130

SEÇÃO 0103

MUNICÍPIO/UF CAPOEIRAS/PE

DATA DE EMISSÃO 13/04/2018

JUIZ ELEITORAL

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição 107.550.264-03

Nome JOSE WILIAN ALVES

Nascimento 27/10/1991

01/08/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
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 para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180292375 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE WILIAN ALVES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE WILIAN ALVES

CPF/CNPJ: 10755026403

Posição em 01-08-2019 12:56:22

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

19/12/2018 R\$ 2.362,50 R\$ 0,00 R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
11/12/2018	Interrupção de Prazo	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/b__yphqsqrjMnU3FqIQ1Tapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcxvQcxISLqB3KHJ8xo__pUhM=)
28/11/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/011Ldwqe6xGb3h0itOVk3vapi_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcxvQcxISLqB3KHJ8xo__pUhM=)
15/08/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/uwNl1Cv1Qshevs+uUu2a7A=api_key=X3ndwUbwtb34EZmjpqEBcxvQcxISLqB3KHJ8xo__pUhM=)

ww.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true

1/3



Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 01/08/2019 15:51:16

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080115511602100000047895703

Número do documento: 19080115511602100000047895703

Num. 48643068 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 164ª CIRCUNSCRIÇÃO - VENTUROSA -
DP164ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0254000068

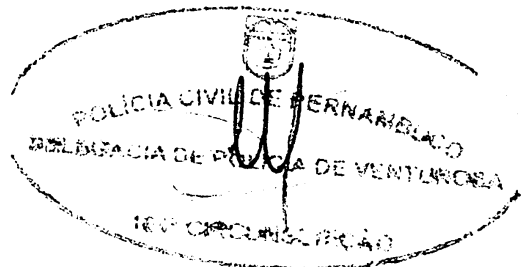
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/02/2018 às
17:40

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 17/2/2018 às 07:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VENTUROSA, 0001, BR-424, KM
47, SERRA DO TARÁ - Bairro: CENTRO - VENTUROSA/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GERALDO (OUTRO)
ROBERVAL JOSE DA SILVA (OUTRO)
ROGERIO REGINALDO DA SILVA (OUTRO)
JAILSON JOSE DE OLIVEIRA (OUTRO)
JOSE WILLIAN ALVES (OUTRO)
W.D.O.S. (Menor de Idade) (VITIMA)
CICERO FRANÇA DE ALMEIDA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JAILSON JOSE DE OLIVEIRA

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

W.D.O.S. (Menor de Idade) (não presente no plantão) - NIC: 000000 Sexo:
Masculino Mãe: ANAILZA MARIA DE OLIVEIRA SILVA Pai: JAILDO RIBEIRO DA SILVA
Data de Nascimento: 7/9/2000 Naturalidade: GARANHUNS / PERNAMBUCO / BRASIL Estado
Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AJUDANTE DE CAMINHÃO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAPOEIRAS, 0001, SÍTIO CARAIBAS, ZONA RURAL -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAPOEIRAS/PERNAMBUCO/BRASIL

CICERO FRANÇA DE ALMEIDA (não presente no plantão) - NIC: 000000 Sexo:
Masculino Mãe: MARIA FRANCISCA DE ALMEIDA Pai: JULIO FRANÇA DE ALMEIDA Data
de Nascimento: 20/12/1974 Naturalidade: CAPOEIRAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
10403834/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AJUDANTE DE CAMINHÃO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAPOEIRAS, 0001, SÍTIO CARAIBAS, ZONA RURAL -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAPOEIRAS/PERNAMBUCO/BRASIL

02/03/2018 09:35



GERALDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Data de Nascimento: 1/1/1988
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **AJUDANTE DE CAMINHÃO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAPOEIRAS, 0001 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAPOEIRAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROBERVAL JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA CECILIA DA SILVA** Pai: **REGINALDO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: 27/6/1982
Naturalidade: **CAPOEIRAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9740262/SDS/PE (RG)**
Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAPOEIRAS, 48, RUA CINCO, COHAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAPOEIRAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROGERIO REGINALDO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA CECILIA DA SILVA** Pai: **REGINALDO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: 20/11/1990 Naturalidade: **CAPOEIRAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9387305/SDS/PE (RG)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA JANUARIO GUIMARAES, 56 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAPOEIRAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

JAILSON JOSE DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: 1/1/1987 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **AJUDANTE DE CAMINHÃO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAPOEIRAS, 0001 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAPOEIRAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE WILLIAN ALVES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA EUPRAZINA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: 1/1/1992 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAPOEIRAS, 0001 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAPOEIRAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CAMINHÃO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON JOSE DE OLIVEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/FORD/CARGO** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **BPK0787** (PERNAMBUCO/CAPOEIRAS) Renavam: **279057084** Chassi: **M34GDR00734**
Combustível: **DIESEL**
Descrição: **VEICULO EM NOME DE JOÃO BATISTA LEANDRO BAHIA**

Complemento / Observação

ESTE POLICIAL TOMOU CONHECIMENTO ATRAVÉS DE LIGAÇÃO TELEFÔNICA DA PMPE, QUE HOUVERA UM ACIDENTE NA SERRA DO TARÁ, APÓS DESLOCAMENTO AO LOCAL, CONSTATEI A VERACIDADE DO FATO, ONDE UM CAMINHÃO FORD QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO GARAMHUNS/VENTUROSA HAVIA PERDIDO O CONTROLE NUMA CURVA E CAPOTADO, VITIMANDO SETE PESSOAS, SENDO QUE DUAS FALECEAM NO LOCAL, OS OUTROS CINCO FERIDOS FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL DE GARAMHUNS. OS CORPOS DAS VÍTIMAS FATAIS (WESLY DE OLIVEIRA SILVA E CÍCERO FRANÇA DE ALMEIDA) FORAM ENCAMINHADOS AO IML DE CARUARU.

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

B.O. registrado por: **JOSE ADRIANO ALVES** - Matrícula: **221754-6**





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
SIMOA GOMES, HELIOPOLIS, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100

HRDA
6365776

FICHA DE ATENDIMENTO

Numero do Registro 231867	Data e Hora do Atendimento 17/02/2018 às 09:08:16	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada CLINICA CIRURGICA
------------------------------	--	--	---------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025364169 - JOSE WILLIAN ALVES			
INS:	Nascimento: 01/01/1992	Idade: 26 anos	Sexo: Masculino Cor:
Estado Civil: Indefinido	Profissão: INDEFINIDO	Naturalidade: INDEFINIDO	Nacionalidade: Brasileiro
Documento:	Filiação:		
Ignorado	Pai:		
	Mãe: MARIA EUFRAZINA		
Endereço (Av., Rua, etc): RUA NAO INFORMADA, Nº. Sítio Craibos, Complemento:			
Bairro:	Cidade: Capoeiras	UF: PE	Telefone:
Acompanhante:			
Ocorrência:	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Procedência: Capoeiras	Meio de Transporte:		

Atendimento Médico:

Data: / /	Hora:	Médico:	CRM: /
Diagnóstico Principal:			
DA: <i>Paciente vítima de acidente de trânsito (capotado de uma carreta) gerando lesão de natureza + MCI</i>			

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo: Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>	
Tropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Tipo de Ferimento: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m
Lesão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	

Exame físico:

Geral: <i>reflexo</i>	Via aérea está pervia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.: °C
-----------------------	---	---	-----------

Respiratório

Circulatório	PA: x mm Hg	Pulso: bpm
--------------	-------------	------------

Exame Neurológico	Deficiência motora: MS <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
-------------------	--	--

Glasgow: Abertura Ocular Score: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Score: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Score: Hora:
--	--	--



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Rx TO RAX PA + coluna cervical T4-T12
Rx DO Antebraço e ADI
Rx PERNA DA DHA

Resultado dos Exames:

Rx Bacia AI

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

Dr. Márcio Rodrigues

Ortopedia e Traumatologia

CRM 130107/E039188

Ass. Médico + Carimb

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Carimb

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Transferido para: UDE

Internado na Clínica:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Nome:	William Murs			Idade: 26
Situação/Queixa:	Trauma em MTD + MJE + colisão com...			

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE: Smau
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso:			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

PARÂMETROS

PA:	P:	R:	T:	SpO2:	HGT:	Peso:	Glasgow: 10
-----	----	----	----	-------	------	-------	-------------

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradycardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdôme
---------	---------	----------	-----------	-----------------	--------

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma:

Data: 17/02/18

Suêza Enjia de Oliveira
Enfermeira
COBEN/PE 304.829



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Joni William Alves

Prontuário: 316003

Data: 27 / 03 / 18 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de tornozelo E

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta hospitalar sob supervisão do Dr. Julio. Sendo orientado e informado
a retornar ao ambulatório de ortopedia.

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese com placa + parafusos

Alta Hospitalar: Data: 27 / 03 / 18

Hora: _____

HRA
Data: 27/03/18
Hora: 7h
Dr. Patriota

Jose Alberto de O. Filho
Médico
CRM-PE 26687
Ass. do Médico e CRM
Carimbo



Dr. Fred Veras
Reumatologia
CRM 6688-PE CPF 129098314-34

José Willian Alves

Paciente vítima de acidente de trânsito por capotagem no dia 17 de fevereiro de 2018 em -BR - 424- Venturosa - PE deu entrada no Hospital Municipal local e transferido para Hospital Dom Moura - Garanhuns - PE onde recebeu atendimento médico para tratamento cirúrgico fratura tornozelo D e perna D e de trauma torácico recebendo alta hospitalar 27 de março de 2017 e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva permanece sob controle ambulatorial que devido a complexidade do quadro esta em tratamento por tempo indeterminado, tendo realizado acompanhamento fisioterápico concomitante.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela fratura do tornozelo D e perna D submetido a tratamento cirúrgico com edema regional +++, semi congelamento do tornozelo D com perda de 70-% para flexão dorsal 65% para flexão plantar e de 70% para as rotações., e sequela de trauma torácico com déficit de 20% de flexo extensão do tronco.

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso à caso com o passar dos dias.

Atenciosamente

Afogados da Ingazeira, 19 de junho de 2018



Dr. Fred Veras
Reumatologia-Ortopedia
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34

Av. Aparício Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE - Fone 87 38381304

