

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: Clebi Silva de Lima, brasileira, solteira
desempregada, residente na Rua Barão do Piauí
Nº 283/A, Camaragibe - PE. CEP 54774-270. Timbó
CPF: 038.048.724-27

OUTORGADOS: **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA**, advogados, portadores, respectivamente, da **OAB/PE n. 22.362 e 28.570**, ambos com endereço profissional na Avenida Governador Agamenon Magalhães, nº 4318, sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 50070-160 - Fone: (81) 3445.0715.

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, Clebi Silva de Lima, 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, 21 de março de 2019.

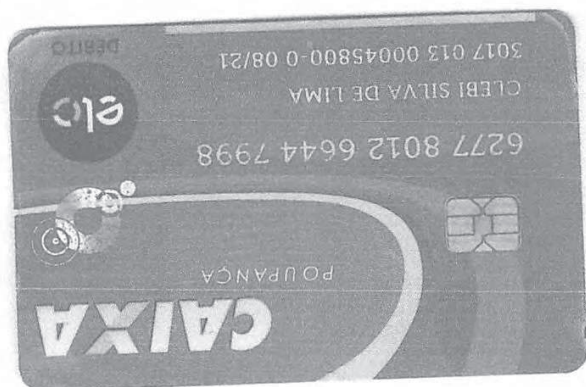
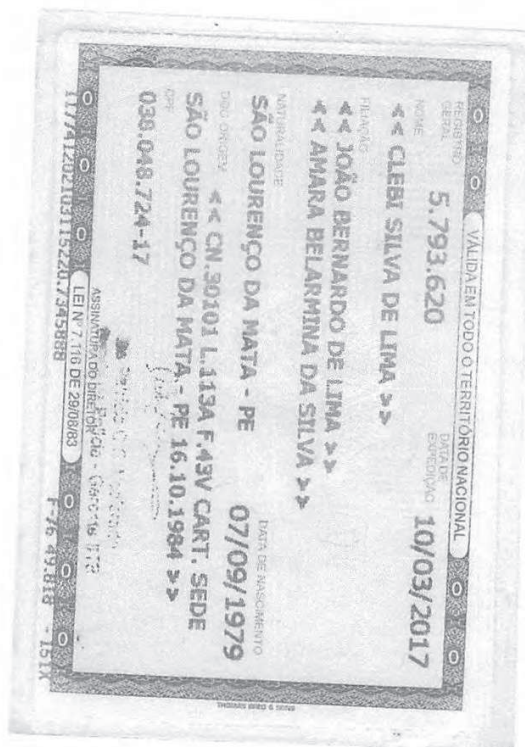
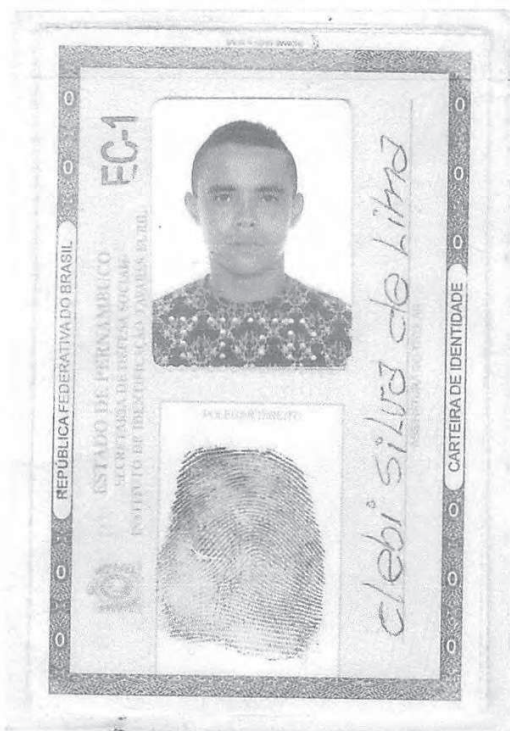
Clebi Silva de Lima

Outorgante/Declarante

1

FERNANDA





31/08/2018



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **038.048.724-17**

Nome: **CLEBI SILVA DE LIMA**

Data de Nascimento: **07/09/1979**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/03/1999**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:08:16** do dia **31/08/2018** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **EE43.BA66.B47A.972D**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



54774-170 - CAMARAGIBE - PE

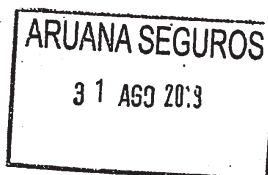


CTC RECIFE PE PL8
CLEBI SILVA DE LIMA
R BARRA DO PIRAI 183 CS A
ETC NOVA
54774-170 CAMARAGIBE - PE

Postagem: 29/03/2017

0018830100030856

01





(/)



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

Novo Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180405895 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLEBI SILVA DE LIMA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO CLEBI SILVA DE LIMA

CPF/CNPJ: 03804872417

Posição em 06-05-2019 12:06:36

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/09/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/mTjwuLBPGMgTj+nGA6uG3A=api_key=V3mNyrFtVT9SuyUZRAIfq5__rQ6GFWlt6hhQzQJP+MM0=)
07/09/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZzcD2OEweMGD9amveDZNapi_key=V3mNyrFtVT9SuyUZRAIfq5__rQ6GFWlt6hhQzQJP+MM0=)

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)

ACESSIBILIDADE

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

1/3



Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 06/05/2019 12:52:54

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050612525379700000043999538

Número do documento: 19050612525379700000043999538



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO - DP1ªCIRC
DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0091001663**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/08/2018** às **16:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/8/2016** às **19:32**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CONDE DA BOA VISTA, 1, PROX. AO POSTO DE COMBUSTIVEL BR.** - Bairro: **BOA VISTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTOQUEIRO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WANDER DA SILVA GOMES (OUTRO)
CLEBI SILVA DE LIMA (VITIMA)

ARUANA SEGUROS

31 AGO 2013

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CLEBI SILVA DE LIMA

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

CLEBI SILVA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **AMARA BELARMINA DA SILVA**
Data de Nascimento: **7/9/1979** Naturalidade: **SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5793620/SDS/PE (RG), 03804872417 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**
Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares:
- **987757405**
- **982054425**

Endereço Residencial: **RUA BARRA DO PIRAI, 183, PROX. A PREFEITURA. - CEP: 55000-000 - Bairro: ALBERTO MAIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

WANDER DA SILVA GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6998424/SDS/PE (RG), 06247200471 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **BALCONISTA** Telefones Celulares:
- **988718314**

Endereço Residencial: **RUA NITEROI, 90, PROX. A PREFEITURA - CEP: 55000-000 - Bairro: ALBERTO MAIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WANDER DA SILVA GOMES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLEBI SILVA DE LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **PEP9030** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **375367276** Chassi: **9C2KC1670CR413964**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

AFIRMA A VITIMA QUE TRANSITAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA EM APREÇO PELA AV. CONDE DA BOA VISTA, NO SENTIDO CENTRO SUBURBIO, QUANDO FORA SURPREENDIDO POR UMA OUTRA MOTOCICLETA, A QUAL EM ALTA VELOCIDADE, LHE ATINGIU JOGANDO-O AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA, E DEPOIS PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, E DE LA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTA CASA.

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

Clebi Silva de Lima

CLEBI SILVA DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **REGINALDO DAMACENA MARQUES** - Matrícula: **381.130-1**



Imprimir

ARJANA SEGUROS
31 AGO 2013

* 197

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

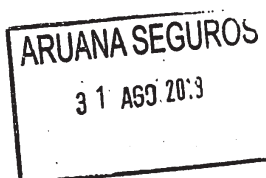
DA Nº. 182.09.2016
EM: 07.10.2016

Atendendo ao requerimento o paciente Sr. **CLEBI SILVA DE LIMA**, portador do Documento de Identidade nº **5793620** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **038.048.724-17**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-215611**, que no dia 19 de agosto de 2016, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo moto, por volta das 20h, na Avenida Conde da Boa Vista, Boa Vista, Recife/PE e, encaminhado à UPA Imbiribeira.

Recife, 07 de outubro de 2016.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



Paciente: 0000440402 CLEBI SILVA DE LIMA
Nascimento: 07/09/1979 37 Anos 0 Mês 5 Dias Sexo:
Atendimento: 00866169 Data Atendimento: 19/08/2016 22:02

INFORME DE ATENDIMENTO DA UPA IMBIRIBEIRA

Esta conta deverá ser paga com recurso público

Resumo de Acolhimento:

OR EM MSE

Triagem Médica (Observações Gerais):

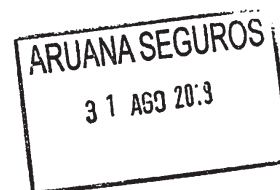
Queixa Principal / História:

CIDENTE DE MOTO
OR EM OMBRO ESQ.
JXAÇÃO ANTERIOR

X: FRATURA DO UMEROS PROXIMAL ESQ

Prescrição Médica:

IPDIA G; 1 ; ;



ID: Data da Alta:

422 19/08/2016

Motivos de Alta:

☒ CURADO	☐ EVASÃO	☐ TRANSFERENCIA	☐ A PEDIDO	☐ APÓS MEDICAMENTO
☒ MELHORADO	☐ INDISCIPLINA	☐ ÓBITO	☐ APÓS CONSULTA	☐ APÓS PROCEDIMENTO

Recife, 12 de Setembro de

Médico: MARCELLO JORGE
Creche do Médico Assistente: 2228
BOM FIM A VERACIDADE DESSA CÓPIA DO PROFIJÁRI
ELETROFOTÓCÓPIA

CLEBI SILVA DE LIMA
Assinado eletronicamente pelo médico acima assinado.

autorizo divulgação de meu diagnóstico por escrito ou na forma de código



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



NOME DA UNIDADE:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CGC Nº:
10.572.048/0005-51
(03 vias)

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTÃO SUS:

SENHA:

NOME DO PACIENTE:

HGV - Hospital Getúlio Vargas

349018

Prontuário: **37516**

1º EX

Atendimento

CNS: 098001063379840

Nº DO REGISTRO:

34576

Paciente: **CLEBI SILVA DE LIMA**

Clinica: **CORREDOR CENTRAL**

Leito: **CRC-39**

Nascido: **07/09/1979** Idade: **36 Anos 11 Meses**

Sexo: **MASCULINO**

Mãe: **ARMARA BELARMINA DA SILVA**

Telefone: **8775-7405**

Endereço: **RUA BARRA DO TIRAL 183, TIMBÉ, CAMARAGIBE - PE - Cep 54241-70**

Prescrição: **HOSPITAL GETULIO V** DATA: **20/08/2018** Hr: **01:31** Usuário: **HUMBERTO V**

UF:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente com trauma operatório do
membro sup. Relatado pelo
médico responsável.

EXAME FÍSICO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES

Apresenta lesão

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura de úmero proximal E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

CARATER DA INTERNAÇÃO

DATA: **20 / 8 / 18**

DATA: **20 / 8 / 18**

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

HGV, 1024 V.1.2012.

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.690-050
Fone: (0XX) 51 3184500

Paciente: 1055520

51ª Maria Luíza



ANEXO II

 SUS	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
H.S.A.			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Cley Silva de Lima		446663	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR	
Masc ☒ Fem ☐		3	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
		DDD	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
		DDD	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
		18 - UF	
		19 - CEP	
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
☒ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
Mort em de fratura em membro proximal eq.		01408020334	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
		0301060670	
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL		26 - CID 10 PRINCIPAL	
		27 - CID 10 SECUNDÁRIO	
		28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III			
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
		34-QTDE	
		37-QTDE	
		40-QTDE	
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
Paciente com relato de queda de moto há 05 dias, evoluindo com fratura de membro proximal eq. evolui com dor e edema local, necessitando de procedimento cirúrgico. Paciente encaminhado por Dr. Osvaldo, sem indicação de amiotomia no momento, mas alta para tratamento imediato.			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
Dr. Osvaldo Cordeiro		30/08/16	
44 - DOCUMENTO		45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
CNS		03570315479	
CPF			
AUTORIZAÇÃO			
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
49 - DOCUMENTO		50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
CNS			
CPF			
		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	

CÓD: 1192





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLEBI SILVA DE LIMA**

Nº Registro: 446663 Nº Protuário: 1055520 Sexo: Masculino Idade: 36 ano (s)
Data: 30/08/2016 / 15:39 Convênio: SUS - AMB

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA HOSPITAL SANTO AMARO

NOME DA MÃE:

CLÍNICA:

ENFERMARIA:

LEITO:

PRONTUÁRIO:

Nº AIH:

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): FRATURA EM ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EM ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO CÓDIGO: 0408020334

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	: Dr. Osvaldo Coimbra	
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:	
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

ARUANA SEGUROS

31 AGO 2016

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS,

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 09/09/2016 11:12:28.





SANTA CASA
DE MISERICORDIA DO RECIFE

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE

Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br

Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CLEBI SILVA DE LIMA**

Nº Registro: 446663 Nº Protuário: 1055520 Sexo: Masculino Idade: 36 ano (s)

Data: 30/08/2016 / 15:39 Convênio: SUS - AMB

RESUMO DE CASO: PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO HÁ 5 DIAS, EVOLUINDO COM FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDA. EVOLUI COM DOR E EDEMA LOCAL, NECESSITANDO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO.

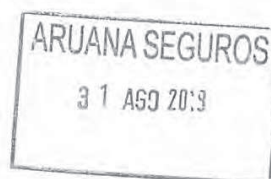
PACIENTE REAVALIADO POR DR. OSVALDO, SEM INDICAÇÃO E CIRURGIA NO MOMENTO, RECEBE ALTA PARA T.T.T INCRUENTO.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: FRATURA EM ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

MOTIVO DA ALTA: OUTROS

DATA INTERNAMENTO : DATA ALTA: INTERVALO:



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 09/09/2016 11:12:28.

Azarias Salgado
Assinado digitalmente
09/09/2016 11:12:28

Azarias Salgado
Assinado digitalmente
09/09/2016 11:12:28



Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 06/05/2019 12:52:54

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050612525379700000043999538>

Número do documento: 19050612525379700000043999538

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **CLEBI SILVA DE LIMA**, prontuário nº **105.5520**, admitido neste hospital em 24/08/2016 com diagnóstico de Fratura de Úmero Proximal Esquerdo, sendo submetido a tratamento Conservador. Recebeu alta hospitalar em 30/08/2016.

Recife, 04 de Novembro de 2016.



Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

