



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA - DP18ªCIRC DIM/5ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0108002023**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/09/2017** às **16:28**

Complementado pelo BO Número: **17E0108002024**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **30/7/2017** às **18:10**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 NORTE, 01, GUABIRABA** - Bairro: **MACAXEIRA** -  
**RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DANIELLE FARIAS DE LIMA ( OUTRO )  
ALTAMIR HERMINIO DE LIMA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

**ALTAMIR HERMINIO DE LIMA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINO SOBRAL DE LIMA** Pai: **ALAIDE HERMINIA DE LIMA** Data de Nascimento: **4/10/1970** Naturalidade: **RIO DE JANEIRO / RIO DE JANEIRO / BRASIL** Documentos: **3371768/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Fixos: **- 33710184**

Endereço Residencial: **RUA GRAVATA, 537 - CEP: 55000-000 - Bairro: ARTUR LUNDGREN - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DANIELLE FARIAS DE LIMA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **ELIZABETE FRANCISCA DE MEDEIROS FARIAS DE LIMA** Pai: **ALTAMIR HERMINIO DE LIMA** Data de Nascimento: **23/9/1992** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8504667/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Fixos: **- 33710184**

Endereço Residencial: **RUA GRAVATA, 536 - CEP: 55000-000 - Bairro: ARTUR LUNDGREN - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ALTAMIR HERMINIO DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a):

**ALTAMIR HERMINIO DE LIMA**

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

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

Placa: **PCT0320 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Descrição: **NXR 160 BROS**

**Complemento / Observação**

curity.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=108&idOc=6658367&nroBO=17E0108002023&tipo=simples&natPrincipal=ACID... 1/2



19/06/2018

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

O NOTICIANTE INFORMOU QUE NA DATA, HORA E LOCAL, ACIMA CITADOS, TRAFEGAVA NORMALMENTE APOS TER SAIDO DO TRABALHO E AO PASSAR PELA PASSAGEM DE NIVEL (PONTILHAO) NA BR 101, CAIU EM UM BURACO QUE DEVIDO A FALTA DE ILUMINAÇÃO E A CHUVA, QUE NÃO DEU PARA VER O BURACO QUE TINHA SIDO ABERTO. INFORMOU AINDA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU, CONFORME DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DA Nº 058.08.2017, SENDO LEVADO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS. POR FIM O NOTICIANTE INFORMOU QUE TEVE FRATURADO NA PERNA (TIBIA DIREITA), CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO 464741, DO HOSPITAL GETULIO VARGAS. NADA MAIS DECLAROU.

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



ALTAMIR HERMINIO DE LIMA  
(VITIMA)

B.O. registrado por:  CAIO ANDERSON CAMPOS CIRIACO - Matrícula: 350521-9



**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**758133063**

**VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
**758133063**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DOS CIÊNCIAS E TECNOLOGIA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE

NOME: ALVARO HERRINHO DE LIMA  
 DOB: 03/07/1968  
 CPF: 337768-88P DE  
 DATA NASCIMENTO: 04/10/1970  
 FONE: 707.458.624-20  
 FILIAL: LIMA  
 BEVERINO BOBVAL DE LIMA  
 ALVARO HERRINHO DE LIMA  
 LIMA  
 CAT HAB:

DATA EMISSÃO: 01/06/1999  
 VALIDADE: 08/07/2018  
 Nº REGISTRO: 00035726672

OBSERVAÇÕES:  
 Hab Prod Perigosas  
 Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO: *[Assinatura]*  
 LOCAL:   
 DATA EMISSÃO: 30/07/2013  
 Nº REGISTRO: 45964187843  
 Nº DE CONTROLE: 25054590981





**BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

NOME: ALTAMIR HERMINIO DE LIMA

1. Ocorrência da Emergência: 464741

1.1 - Atendimentos em: 30/07/17

1.2 - Às 18 horas e 48 minutos:

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se Às 20 horas e 30 minutos de 31/07/17

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1058822

2.1 - Internado em:

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA FECHADA EM PERNA DIREITA.

4. Tratamento: ANALGESIA. 1) ANALGESIA. 2) TRANSFERIDO PARA HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 10.8.2017  
HORA: 15:37:39  
PASTA: 01.08.2017  
JGAS  
RS

  
Jéssica Guido de Araújo Sá  
Dermatologista  
CRM 15.938 / RQE 2167

Dr. Jéssica Guido





SAO AMARAO

# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

Santo Carc



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 464741

Prontuário: 1058822

Nome: ALTAMIR HERMINIO DE LIMA

Data Nasc.: 04/10/1970

Idade: 46

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 3371768

CNS: 708503337419173

Endereço: RUA GRAVATA

Nº: 536

Bairro: ARTUR LUNDGREN I

Cidade: PAULISTA

Estado: PE

CEP: 53417270

Fone: 83016681

Profissão:

Nome da Mãe: ALAIDE HERMINIA DE LIMA

Acompanhante: ALEXSANDER FARIAS DE LIMA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. PELO ENF. ALESSANDRO. PAC REFERE DOR E DEFORMIDADE EM MÃO APOS QUEDA DE MOTO

Acidente de Trabalho: Sim  Não

*Dr. Val Pinheiro  
Cir. Digestiva Endoscopia  
CRM 18495*

2 - ATENDIMENTO DATA 30/07/2017 HORA: 18:48 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

*VITIMAS DE QUEDA DE MOTO NA 1ª MÃO EL TRAI...  
E MÃO DA RESPOSTA NA MÃO - B.M.*

### História do Trauma

Perda da Consciência: Sim  Não  Episódio Emético: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não

Acidente de Trânsito: Sim  Não  Tipo:

Colisão: Sim  Não  Tipo:

Motorista:  Passageiro:

Atropelamento: Sim  Não  Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim  Não  Tipo:

Sofreu Queda: Sim  Não  Altura m

Queimadura: Sim  Não  Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim  Não

Por que:

Observações:

*M.L. SEM M. PARALISADA - 18:48*

### Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pérvia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp.: C°

*CCO, CONSCIENTE, RP. C. N. 6/10/17*

### B: Respiratório

### C: Circulatório

PA: x mm Pulso: 12 bpm

### D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocóricas  Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora:

Score: Hora:

Score: Hora:



465263

029  
098  
022



HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA



E: Abdômen	
66Wº 22M50761, Fútilis	
Diagnóstico Inicial: 7 Mês de dor no abd	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica - PANCREATIN 1 PIRECEN M	
Exames Solicitados : 1 - Especializados 7 RAVUNAT	
Resultado de Exames: - PAN M (ca. 4.4)	Código Procedimento: Marcial Pinheiro Cir. Digestiva Endoscopia CRM 16495 Ass. Médico + Carimbo
Tratamento / Procedimentos: - 7 RAVUNAT	Código Procedimento: Ass. Médico + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem: 7 RAVUNAT	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo: 7 RAVUNAT	
Definição do Caso: - 7 RAVUNAT	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Informação do Serviço Social: 7 RAVUNAT	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input checked="" type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações: 7 RAVUNAT	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico: CRM/CRO: Data: 31-07-17 Hora: 20:30	
Termo de Responsabilidade Para Internamento :	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, cirúrgicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data: _____	Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____	Assinatura: _____
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data: _____	Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____	Assinatura: _____
Cadastramento: 30/07/2017 18:50 h DENNISELD	impressão: 30/07/2017 18:50 h DENNISELD

Médico



# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 30/07/2017 18:41

Nome Paciente:	ALTAMIR HERMINIO DE LIMA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	04/10/1976
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	E0030
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 30/07/2017 18:43 - 30/07/2017 18:43

**ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação**

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: REFERE DOR E DEFORMIDADE EM MID APOS QUEDA DE MOTO.  
HAS-  
DM-  
ALERGIA NEGA

Observação: BOMBEIRO

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 5

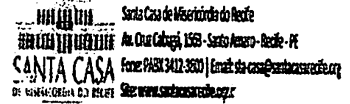


Acolhido(a) por: **ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO:**

Data Imp: 30/07/2017 18:43



Santa Casa de Misericórdia de Recife  
**Relatório Médico de Alta**



Nome: **ALTAMIR HERMINIO DE LIMA**  
Reg.: 520706 Pront.: 1099715  
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 04/10/1970  
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 46  
Admissão: 31/07/2017 20:52 Alta: 02/08/2017 10:55

Admissão:

FRATURA EM PERNA DIREITA

Evolução / Conduta:

OPERADOS EM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	31/07/2017 20:52	02/08/2017 10:55	2 dia(s)

Orientação:

OBSERVAÇÕES:

- 1) Agendar retorno para Drº AZARIAS para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;
- 5) Não pisar até 2º ordem;
- 6) Sentar paciente;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA  
CRM: 10531







POR VOCÊ TRABALHANDO SEM PARAR.



Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 058.08.2017  
EM: 10.08.2017

Atendendo ao requerimento da Sra. **GIVANILDA BARACHO DA SILVA**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-363269**, que no dia 30 de julho de 2017, o paciente Sr. **ALTAMIR HERMINIO DE LIMA**, portador do Documento de Identidade nº **3371768** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **707.458.624-20**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 18h15, na BR 101, Guabiraba, Recife/PE e, em seguida, direcionado ao Hospital Getúlio Vargas. Recife, 10 de agosto de 2017.

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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



SOLICITAÇÃO DE  
BOLETIM DE  
ESCLARECIMENTO

NOME DO PACIENTE: <b>ALFAMIR HERMINIO DE LIMA</b>			
NOME DA MÃE: <b>ALMAGE HERMINIA DE LIMA</b>			
DATA DE NASCIMENTO: <b>04.10.70</b>	IDADE:	NATURALIDADE:	
ENDEREÇO: <b>RUA GRAVATA, 536</b>			Nº
BAIRRO: <b>VILA CONDORÉN</b>	CIDADE: <b>PALMIRA</b>	ESTADO: <b>PE</b>	
Nº PRONTUÁRIO: <b>1056822</b>	Nº CARTÃO SUS:		
INTERNAMENTO/CIRURGIA: <b>EMERGENCIA</b>			
EMERGÊNCIA (ALA/BOX): _____ CLÍNICA (ESPECIALIDADE): _____ ENFERMARIA/LEITO: _____			
HOSPITAL DIA: ( ) CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL: ( ) SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ( )			
DATA DE INTERNAMENTO: <b>31.07.17</b>	DATA DE CIRURGIA: <b>1/1</b>	DATA DE ALTA: <b>31.07.17</b>	DATA DO ÓBITO: <b>1/1</b>
NOME DO SOLICITANTE: <b>FILHO</b>			
GRAU PARENTESCO:			
DOCUMENTO APRESENTADOS:			
<input type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE	<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO	<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE CASAMENTO	
<input type="checkbox"/> PROCURAÇÃO	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE ÓBITO	<input type="checkbox"/> OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA	
<input type="checkbox"/> MANDADO JUDICIAL			
<b>ATENÇÃO/IMPORTANTE</b>			
Informações sobre andamento do Processo, após 30 (TRINTA) dias, entrar em contato através do telefone (81) <b>31845662</b> , de segunda à quintas, de 08:00 às 12:00h.			
Informamos que a previsão de entrega do Laudo será no mínimo 90 dias úteis, no Balcão do Ambulatório, no térreo.			
<b>ENTREGA DE LAUDOS</b>			
Entrega de Laudos: das 14:00 às 16:00h, segunda à quinta – feira, no Balcão do Ambulatório, no térreo. Será entregue ao próprio paciente, parentes de 1º Grau (que comprove proximidade com o paciente) e terceiros (munidos de procuração, reconhecida em Cartório), no balcão do ambulatório, no térreo.			
<b>SOLICITAÇÃO DE LAUDOS</b>			
Horário: 14:00 às 16:00h, de segunda à quinta, no Balcão do Registro do Ambulatório, no térreo.			
Obs.: Autorizo transcrição das informações do meu prontuário para o Boletim de Esclarecimento, onde constará Diagnóstico, Tratamento e Procedimentos realizados, por mim abaixo assinado.			
<b>LAUDO + COPIA DO PRONTUARIO</b>		Recife, <u>09</u> de <u>AGOSTO</u> de 20 <u>17</u> <u>Alfonso de Sousa</u>	
		ASSINATURA DO SOLICITANTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL	
		Nº DO RG OU CPF <b>9.8301-6661</b>	

Av. Gal. San Martin s/n – Cordeiro  
Recife – PE - CEP. 50.630-060  
Fone: 0XX.81.3184.5600  
E-mail: hgvsec@saude.pe.gov.br

SDC.1001.V.1.2013



70

**Hospital Getulio Vargas**  
SOULMV - Gerenciamento Ambulatorial

### BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

#### Para a Agenda Médica

Tipo da Agenda: AMBULATORIO  
Data da Agenda: 23/09/2015  
Dia da Semana: QUARTA  
Hora do Atend.: 13:00  
Código Agenda: 77327  
Tipo Serviço: ACUPUNTURA

Prestador: 158 ONILDO MENDONÇA DE ALBUQUERQUE MELO JR

Recurso:...

Item do Agendamento: 9 CONSULTA COM ACUPUNTURA

Nr.	Paciente	Nome do Paciente	Dt. Nasc.	Idade	Cartão SUS	Sexo	Compareceu	Encaixe	Tipo Atend.	Serviço	Cidade	Telefone
1	43794	MARIA AUDERITA ALVES DE SOUZA	06/12/1966	48 Anos	801435343014113	F	Sim ( ) Não ( )	N	2° RETORNO	69	RECIFE	32287086
2	182261	MARILENE DOMINGOS DOS SANTOS	09/07/1966	49 Anos	704106159919178	F	Sim ( ) Não ( )	N	2° RETORNO	69	RECIFE	87872637
3	268733	GERALDO MIGUEL DA SILVA	11/04/1955	60 Anos	898062159809934	M	Sim ( ) Não ( )	N	2° RETORNO	69	RECIFE	32269148
4	797886	CREUZA ALVES DA SILVA	20/01/1949	66 Anos	206048745660001	F	Sim ( ) Não ( )	N	2° RETORNO	69	RECIFE	86872985
5	943566	DEISY DE BARROS RAMOS	20/01/1986	29 Anos		F	Sim ( ) Não ( )	N	2° RETORNO	69	JABOATÃO DOS GUARARAPES	87687451

*Dr. Onildo Mendonça Junior*  
 Rua: 1938, Ass: 1040008526-D  
 Hospital Getulio Vargas - Acupuntura

Quantidade Pacientes Marcados:

Pacientes Agendados: 5

Encaixes Marcados:

Data do Atendimento

Prestador Responsável

Usuário e Data da Emissão

EUDEMUCIOHS

18/09/2015 11:32

Página 1 de 1

Assinatura e Carimbo do Prestador (a)



DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**  
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**  
**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo: 2- "Assinatura do Representante Legal").  
**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Numero do Sinistro ou ASL \_\_\_\_\_ CPF da Vítima **707.458.624-20** Nome completo da vítima **Altamir Hermínio de Lima**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo **Altamir Hermínio de Lima** CPF titular da conta **707.458.624-20** Profissão **Motorista**  
Endereço **R. Gravata** Número **536** Complemento **casa**  
Bairro **Antin Bourgeois I** Cidade **Paulista** Estado **PE** CEP **53417-270**  
Email \_\_\_\_\_ Telefone (DDD) **(81) 3011 3224**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECURSO INFORMAR  SEM RENDA

RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00  RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00  ATÉ RS 1.000,00  RS 1.001,00 ATÉ RS 3.000,00  ACIMA DE RS 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
 BANCO **CAIXA ECONOMICA** NRO **104**  
 AGENCIA NRO **1583** D/V **7322** CONTA NRO **0** D/V **0**  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Olinda de 08 de junho de 2018  
Local e Data

*Altamir B. de Lima*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **ALTAMIR HERMINIO DE LIMA**, **prontuário nº 1099715**, admitido neste hospital em 31/07/2018 com diagnóstico de Fratura dos Ossos da Perna Direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta com melhora clínica em 02/08/2018.

Segundo Internamento: Paciente admitido neste hospital em 08/05/2018 para Retirada do Fixador Externo em Tíbia Direita, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 09/05/2018.

**Recife, 31 de Julho de 2018.**

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

**Dr<sup>a</sup> Roberta Cavalcanti de Almeida**  
**Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro**

**Santa Casa de Misericórdia do Recife**  
Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800  
[www.santacasarecife.org.br](http://www.santacasarecife.org.br)



<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		Folha 1/2	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <b>HSA</b>			
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EMITENTE:				3 - NOME DO PROCEDIMENTO: <b>520706</b>			
<b>Identificação do Paciente</b>				4 - NOME DO PACIENTE: <b>Alcides Hermes de Jesus</b>			
5 - ENDEREÇO DA MAT:				6 - ENDEREÇO DO PACIENTE:			
7 - NOME DO RESPONSÁVEL:				8 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:			
9 - ENDEREÇO DA UF:				10 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:			
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:				12 - MUNICÍPIO DO PROCEDIMENTO:			
13 - UF DO MUNICÍPIO:				14 - UF DO PROCEDIMENTO:			
<b>20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHI)</b>							
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>							
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:				16 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR:			
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ATUAL:				18 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ATUAL:			
19 - QUANTIDADE INICIAL:				20 - QUANTIDADE ATUAL:			
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>							
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <b>fractura da fratura (92) ombro da perna dir</b>				22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <b>0408050500</b>			
23 - SOLICITAÇÃO DE CARGA DE ATENDIMENTO:				24 - CARGA DE ATENDIMENTO:			
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <b>Fixação externa</b>				26 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <b>010203040601</b>			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <b>Pinos de Schantz</b>				28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <b>010203050506</b>			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:				30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:			
<b>41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>							
Paciente oriundo do HG, apresentando Fratura dos Ombos da Perna Direita. Evoluindo com dor e edema local.							
Necessitando de procedimento cirúrgico.							
Dorado. Não tolera tal analgésico.							
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <b>Dr. Almirton Siqueira</b>				32 - DATA SOLICITAÇÃO: <b>21.08.19</b>			
33 - DOCUMENTO: <b>14519229920</b>				34 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:			
35 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:				36 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
37 - DOCUMENTO:				38 - DATA AUTORIZAÇÃO:			





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: **ALTAMIR HERMINIO DE LIMA**  
Nº Registro: 520706 Nº Protuario: 1099715 Sexo: Masculino Idade: 46 ano (s)  
Data: 01/08/2017 / 14:47 Convênio: SUS - AMB  
Data do internamento: 31/07/2017 20:52 Data da alta: 02/08/2017 14:49 Intervalo: 2

## SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura dos Ossos da Perna Direita  
CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirurgico de Fratura dos Ossos da Perna Direita  
CÓDIGO: 0408050500

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Ajalmar Amorim	4360
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente oriundo do HGV, apresentando Fratura dos Ossos da Perna Direita. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.  
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura dos Ossos da Perna Direita CID:

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: 03/08/2017 08:22:12.





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: **ALTAMIR HERMINIO DE LIMA**  
Nº Registro:520706 Nº Protuario:1099715 Sexo: Masculino Idade:46 ano (s)  
Data: 01/08/2017 / 14:47 Convênio: SUS - AMB  
Data do internamento: 31/07/2017 20:52 Data da alta: 02/08/2017 14:49 Intervalo: 2

---

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:

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: 03/08/2017 08:22:12.







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: **ALTAMIR HERMINIO DE LIMA**  
Nº Registro: 520706 Nº Protuario: 1099715 Sexo: Masculino Idade: 46 ano (s)  
Data: 01/08/2017 / 14:46 Convênio: SUS - AMB  
Intervalo: 2

---

## BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 01/08/2017-14:46

Diagnóstico pré-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Direita  
Diagnóstico pós-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Direita  
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico Fratura dos Ossos da Perna Direita  
Cirurgião: Dr. Azarias Salgado  
Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
2. Assepsia e antisepsia;
3. Aposição de campos cirúrgicos;
4. Realizado incisão + dissecação por planos, realizado a redução cirúrgica da fratura, realizado Osteossíntese da fratura com fixador externo + pínos schanz, verificado boa posição dos implantes e boa redução da fratura;
5. Limpeza com SF0,9%;
6. Sutura por planos;
7. Curativo;
8. Rx controle.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO  
CRM: 6218

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: 03/08/2017 08:23:17.



05 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE \_\_\_\_\_

2 - CNES \_\_\_\_\_

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE **HSA**

4 - CNES \_\_\_\_\_

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE **Artur Henrique de Jesus**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_

8 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_

9 - SEXO  M  F

10 - RAÇA/COR \_\_\_\_\_

11 - NOME DA MÃE \_\_\_\_\_

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

13 - NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) \_\_\_\_\_

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_

18 - UF \_\_\_\_\_

19 - CEP \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR À PALPAÇÃO E AOS MOVIMENTOS

IMPACTÊNCIA FUNCIONAL

AUMENTO DE VOLUME

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

**Do + Rx**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

**Soleus**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL **Fratura**

24 - CID 10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_

25 - CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_

26 - CID 10 TERCIÁRIO ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO **Te. Rinsais Fixador Externo**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_

29 - CLÍNICA **Ortopedia**

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_

31 - DOCUMENTO  CNS  CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE \_\_\_\_\_

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE **Dr. Azarias Salgado**

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) **Dr. Azarias Salgado CRM: 8218**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 -  ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 -  ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 -  ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA \_\_\_\_\_

40 - Nº DO BILHETE \_\_\_\_\_

41 - SÉRIE \_\_\_\_\_

42 - CNPJ EMPRESA \_\_\_\_\_

43 - CNAS DA EMPRESA \_\_\_\_\_

44 - CIDR \_\_\_\_\_

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO  EMPREGADOR  AUTÔNOMO  DESEMPREGADO  APOSENTADO  NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_

47 - Nº DO BILHETE EMISSÃO \_\_\_\_\_

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR \_\_\_\_\_

49 - DOCUMENTO  CNS  CPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_

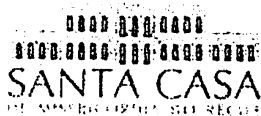
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

Agenda 15 dias (08.05.18)

Dr. Azarias Salgado CRM: 8218





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

Registro:520706 Prontuário:1099715 Data de Nascimento:04/10/70 Idade:47 ANO(S)  
Nome do Paciente:**ALTAMIR HERMINIO DE LIMA** Sexo:Masculino  
Nome da Mãe:ALAIDE HERMINIA DE LIMA  
CPF: 70745862420

## SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):Retirada do Fixador Externo em Tíbia Direita CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento Cirúrgico de Retirada do Fixador Externo em Tíbia Direita CÓDIGO: 0408060360

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Ajalmar Amorim	4360
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

**RESUMO DE CASO:** Paciente oriundo do HGV, apresentando Fratura dos Ossos da Perna Direita. Realizado fixação externa, retorna ao HSA para Retirada do Fixador Externo em Tíbia Direita.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 10/05/2018 10:53:56.





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

---

Registro:520706 Prontuário:1099715 Data de Nascimento:04/10/70 Idade:47 ANO(S)  
Nome do Paciente:**ALTAMIR HERMINIO DE LIMA** Sexo:Masculino  
Nome da Mãe:ALAIDE HERMINIA DE LIMA  
CPF: 70745862420

---

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:** Retirada do Fixador Externo em Tíbia Direita      **CID:**

**DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:**      **CID:**

Data Internamento :    Data Intervalo:    Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 10/05/2018 10:53:56.





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

Registro:520706 Prontuário:1099715 Data de Nascimento:04/10/70 Idade:47 ANO(S)  
Nome do Paciente:**ALTAMIR HERMINIO DE LIMA (Laudo para Revisão)** Sexo:Masculino  
Nome da Mãe:ALAIDE HERMINIA DE LIMA  
CPF: 70745862420

## BOLETIM OPERATÓRIO

Recife,08/05/2018-10:51

Diagnóstico pré-operatório: Retirada de Fixador Externo  
Diagnóstico pós-operatório: Retirada de Fixador Externo  
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Retirada de Fixador Externo em Perna Direita  
Cirurgião: Dr. Azarias Salgado  
Anestesia: Sedação

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia c/ PV PI;
2. Mini Incisão anterior;
3. Mini Incisão lateral;
4. Retirado Fixador Linear + Pinos Shantz;
5. Sutura + Curativo;
6. Rx controle.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO  
CRM:6218



**SINISTRO 3180295012 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA ALTAMIR HERMINIO DE LIMA****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA****SEGURADORA S/A****BENEFICIÁRIO ALTAMIR HERMINIO DE LIMA****CPF/CNPJ: 70745862420****Posição em 22-02-2019 15:16:56**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/11/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



## INSTRUMENTO DE MANDATO

### OUTORGANTE:

**ALTAMIR HERMINIO DE LIMA**, brasileiro (a), Casado (a), Motorista, portador (a) da cédula de identidade de nº 3 371 768 SSP/PE, inscrito (a) no CPF de nº 707.458.624-20, residente e domiciliado (a) Rua Gravatá, nº 535, Arthur Lundgreen I, Paulista/PE.

### OUTORGADO:

**RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS**, brasileira, solteira, advogada, inscrita regulamente na OAB/PE: 39.442, com endereço profissional a AV. Fagundes Varela, nº 365, Loja 09, Jardim Atlântico, Olinda/PE, CEP: 53.140-080.

### PODERES:

*Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicium", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC 15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados.*

Olinda/PE, 26 de Novembro de 2018.

  
ALTAMIR HERMINIO DE LIMA

**Outorgante**



### DECLARAÇÃO DE POBREZA

**ALTAMIR HERMINIO DE LIMA**, brasileiro (a), Casado (a), Motorista, portador (a) da cédula de identidade de nº 3 371 768 SSP/PE, inscrito (a) no CPF de nº 707.458.624-20, residente e domiciliado (a) Rua Gravatá, nº 535, Arthur Lundgreen I, Paulista/PE. De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

Olinda/PE, 26 de Novembro de 2018.

  
ALTAMIR HERMINIO DE LIMA





## SUBSTABELECIMENTO

**Dra. RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS**, Brasileira, Solteira, Advogada, com escritório situado na Avenida Fagundes Varela, 365 - sala 9, Jardim Atlântico - Olinda/PE, inscrito(a) na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 39.442, através de Instrumento Particular de mandato nos autos do Processo, conferidos por **ALTAMIR HERMINIO DE LIMA**, que move em face da Companhia Excelsior de Seguros, nesta Comarca, SUBSTABELECE SEM RESERVA DE PODERES a pessoa de **Dra. ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO**, Brasileira, Solteira, Advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 22.077, com escritório profissional situado à Avenida Agamenom Magalhães, nº 4318, Sala: 1510, Empresarial Renato Dias, CEP: 50070-200, Recife-PE.

Recife, 17 de maio de 2019.

  
Raquel Maria Mangabeira dos Santos  
OAB/PE 39.442

