



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA 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 PÚBLICA**

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: **ALADE 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 HERMÍNIO 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

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



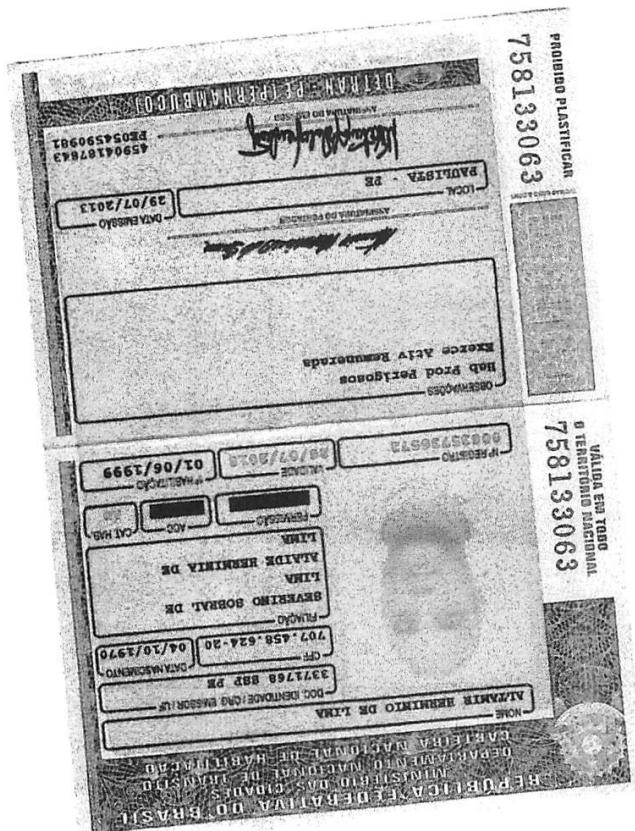
O NOTICIANTE INFORMOU QUE NA DATA, HORA E LOCAL, ACIMA CITADOS, TRAFEGAVA NORMALMENTE APOS TER SAIDO DO TRABALHO E AO PASSAR PELA PASSAGEM DE NIVEL (PONTILHAO) NA BR 101, CAIU EM UM BURACO QUE DEVIDO A FALTA DE ILUMINAÇÃO E A CHUVA, QUE NÃO DEU PARA VER O BURACO QUE TINHA SIDO ABERTO. INFORMOU AINDA 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 FRATUROU 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





Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 19/08/2019 10:55:09  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081910550941900000048697151>  
Número do documento: 19081910550941900000048697151

Num. 49462465 - Pág. 1



**SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA**



**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





HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA



E: Abdômen

<p>66/05/2017 61 Fábio</p> <p>Diagnóstico Inicial: Infarto agudo no miocárdio</p> <p>Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica</p> <p>1. Radiografia de tórax + Parâmetros</p> <p>Exames Solicitados : 1 - Especializados</p> <p>1. Eletrocardiograma</p>																						
Resultado de Exames:	<p>Código Procedimento:</p> <p>MATUTINHO</p> <p>Cir. Digestiva, Endoscopia</p> <p>CRM 16495</p> <p>Ass. Médico + Carimbo</p>																					
Tratamento / Procedimentos:	<p>Código Procedimento:</p> <p>Ass. Médico + Carimbo</p>																					
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:																						
Evolução de Enfermagem:	<p>Ass. Enfermeira + Carimbo</p>																					
Diag. Definitivo:																						
Definição do Caso:	<p>Condição de Alta:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Internamento</td> <td><input type="checkbox"/> Cirurgia</td> <td><input type="checkbox"/> Óbito</td> <td><input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido</td> <td><input type="checkbox"/> Evadiu-se</td> <td><input type="checkbox"/> Curado</td> <td><input type="checkbox"/> Melhorado</td> </tr> <tr> <td colspan="5">- Infarto agudo no miocárdio</td> <td><input type="checkbox"/> Inalterado</td> <td><input type="checkbox"/> Piorado</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td><input type="checkbox"/> Óbito</td> <td></td> </tr> </table>	<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	- Infarto agudo no miocárdio					<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado						<input type="checkbox"/> Óbito	
<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																
- Infarto agudo no miocárdio					<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado																
					<input type="checkbox"/> Óbito																	
Informação do Serviço Social	<p>Assist. Social:</p>																					
Confirmação do Nome:																						
Confirmação do Endereço:																						
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input checked="" type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externos: <input type="checkbox"/>	Assist. Social																					
Observações: Sair amanhã																						
<p>Autorização para Alta / Internamento / Transferência</p> <p>Médico: CRM/CRO: Data: 31/07/17 Hora: 20:30</p>																						
<p>Termo de Responsabilidade Para Internamento :</p> <p>- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.</p> <p>Data: _____ Nome completo legível: _____</p> <p>Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____</p>																						
<p>Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :</p> <p>- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.</p> <p>Data: _____ Nome completo legível: _____</p> <p>Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____</p>																						
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

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

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**

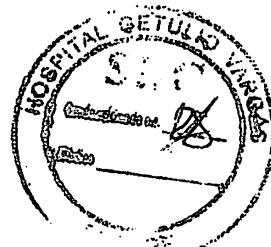
Observação: **BOMBEIRO**

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 Impr.: 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

Idade: 46

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão: 31/07/2017 20:52

Alta: 02/08/2017 10:55

Santa Casa de Misericórdia de Recife  
Av. Dom Caetano, 153 - Santo Amaro - Recife - PE  
CANTO CASA Fone: (81) 3412-3530 | E-mail: [alta@scrmrecife.org](mailto:alta@scrmrecife.org)  
Site: [www.santacasa.org.br](http://www.santacasa.org.br)

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 MÚLTIPHAS 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)

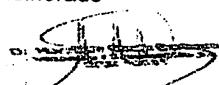
Orientação:

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

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



Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 19/08/2019 10:55:09  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908191055096000000048697153>  
Número do documento: 1908191055096000000048697153

Num. 49462467 - Pág. 3



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



SOLICITAÇÃO DE  
BOLETIM DE  
ESCLARECIMENTO

NOME DO PACIENTE:		ALFAMIR HERMINIO DE LIMA	
NOME DA MÃE:		ALFAMIR HERMINIO DE LIMA	
DATA DE NASCIMENTO:		04.10.70	IDADE:
ENDERECO:		RUA GRAVATÁ, 536	
BAIRRO:	RECIFE	CIDADE:	RECIFE
Nº PRONTUÁRIO:	1058822	Nº CARTÃO SUS:	
INTERNAMENTO/CIRURGIA: <i>EMERGENCIA</i>			
EMERGÊNCIA (ALA/BOX):		CLÍNICA (ESPECIALIDADE):	
HOSPITAL DIA: ( )		CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL: ( )	
SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ( )		DATA DE INTERNAMENTO	
DATA DE CIRURGIA		DATA DE ALTA	
DATA DO ÓBITO			
NOME DO SOLICITANTE: <i>FILHO</i>			
GRAU PARENTESCO:			
DOCUMENTO APRESENTADOS:			
<input type="checkbox"/>	CARTEIRA DE IDENTIDADE	<input type="checkbox"/>	CERTIDÃO DE NASCIMENTO
<input type="checkbox"/>	PROCURAÇÃO	<input type="checkbox"/>	DECLARAÇÃO DE ÓBITO
<input type="checkbox"/>	MANDADO JUDICIAL	<input type="checkbox"/>	CERTIDÃO DE CASAMENTO
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA
ATENÇÃO/IMPORTANTE			
Informações sobre andamento do Processo, após 30 (TRINTA) dias, entrar em contato através do telefone (81) 31845662, 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.			
ENTREGA DE LAUDOS			
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.			
SOLICITAÇÃO DE LAUDOS			
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.			
LAUDO + COPIA DO PRONTUÁRIO		Recife, 09 de AGOSTO de 2017 <i>Alfamir Herminio de Lima</i> ASSINATURA DO SOLICITANTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL Nº DO RG OU CPF 9.8301-6661	

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

SDC.1001.V.1.2013



Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 19/08/2019 10:55:09  
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081910550967100000048697154  
Número do documento: 19081910550967100000048697154

Num. 49462468 - Pág. 1



**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").

Número 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. Gravataí

Número

536

Complemento

casa

Cidade

Artur Nogueira

Estado

PE

CEP

53417-270

Telefone (DDD)

(81) 3011 3224

Declaro, sub 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**

RECUSO 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

Nome

CAIXA ECONÔMICA

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

D/V

1583

7322

D/V

(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, 08 de junho de 2018  
Local e Data

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

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SAPO 001 V001/2017

**SANTA CASA**  
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

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

**Drª 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)



SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDEIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HSA</b> 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCELENTE <b>HC 1000 - HOSPITAL SANTA MARIA - DE JESUS - CENTRO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA</b> 3 - NOME DA MARCA <b>HC 1000</b> 4 - NOME DO RESPONSÁVEL <b>DR. ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO</b> 5 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro) <b>Rua 04, nº 1000, Centro</b> 6 - NÚMERO DE REFERÊNCIA <b>0408030500</b>					
<b>30 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b> <b>0408030500</b>					
<b>31 - MUDANÇA DE PROCEDEIMENTO</b>					
31-1 - DESCRIÇÃO DO PROCEDEIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR <b>Fractura de Martorell</b>			31-2 - CÓD. DO PROCEDEIMENTO ANTERIOR <b>0408030500</b>		
31-3 - DESCRIÇÃO DO PROCEDEIMENTO ANTERIOR - RECOMENDADO <b>Fractura de Martorell</b>			31-4 - CÓD. DO PROCEDEIMENTO RECOMENDADO <b>0408030500</b>		
31-5 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fractura de Martorell</b>			31-6 - CÓD. DE INTERPRETAÇÃO <b>0408030500</b>		
31-7 - CÓD. DO PROCEDEIMENTO ESPECIAL <b>Fractura de Martorell</b>			31-8 - CÓD. DO PROCEDEIMENTO PRINCIPAL <b>0408030500</b>		
31-9 - CÓD. DO PROCEDEIMENTO ESPECIAL <b>Fractura de Martorell</b>			31-10 - CÓD. DO PROCEDEIMENTO PRINCIPAL <b>0408030500</b>		
31-11 - CÓD. DO PROCEDEIMENTO ESPECIAL <b>Fractura de Martorell</b>			31-12 - CÓD. DO PROCEDEIMENTO PRINCIPAL <b>0408030500</b>		
<b>32 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b> <p>Paciente universitário do HSG apresentando Fratura dos Gavos da Perna Direita, evoluindo com dor e inchaço local. Necessário ato de procedimento cirúrgico. Peço autorização para agendar internação.</p>					
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b> 42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <b>DR. ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO</b> 43 - DOCUMENTO <b>CRF - 0408030500</b> 44 - NÚMERO DO DOCUMENTO <b>14519229920</b>					
<b>AUTORIZAÇÃO</b> 45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>DR. ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO</b> 46 - DOCUMENTO <b>CRF - 0408030500</b> 47 - NÚMERO DO DOCUMENTO <b>14519229920</b>					
48 - AUTENTICAÇÃO E CARREGAMENTO DO REGISTRO DO CONSELHO  49 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>19/08/19</b> 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>19/08/19</b>					





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 Cirúrgico de Fratura dos Ossos da Perna Direita  
CÓDIGO: 0408050500

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIAO	: 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.



Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 19/08/2019 10:55:09  
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081910550976200000048697155>  
Número do documento: 19081910550976200000048697155

Num. 49462469 - Pág. 3



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.



Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 19/08/2019 10:55:09  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081910550989000000048697156>  
Número do documento: 19081910550989000000048697156

Num. 49462470 - Pág. 1

---

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

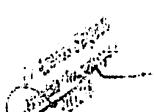
Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

### DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
2. Assepsia e antisepsia;
3. Aposição de campos cirúrgicos;
4. Realizado incisão + dissecção por planos, realizado a redução cirúrgica da fratura, realizado Osteossíntese da fratura com fixador externo + pinos 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.



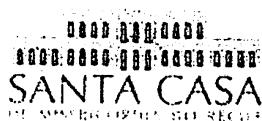
Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	ANEXO I				
05		LAÚDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N.º DO PRONTUÁRIO			
6 - NOME DO PACIENTE				7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			
8 - DATA DE NASCIMENTO				9 - SEXO			
10 - RACIAÇÃO				11 - NOME DA MÃE			
12 - FONE DE CONTATO				13 - NOME DO RESPONSÁVEL			
14 - FONE DE CONTATO				15 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO			
18 - COD. IBGE MUNICÍPIO				19 - UF			
20 - COD. IBGE MUNICÍPIO				21 - CRM			
JUSTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO							
<p>DOR À PALPAÇÃO E OS MOVIMENTOS <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>IMPOTÊNCIA FUNCIONAL <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>AUMENTO DE VOLUME <input checked="" type="checkbox"/></p>							
22 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
<p>23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRINCIPAIS EXAMES ESSAIS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</p> <p>24 - PRINCIPAIS EXAMES ESSAIS</p> <p>25 - PRINCIPAIS EXAMES ESSAIS</p>							
26 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29 - CÓDIGO DA CLÍNICA				30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
31 - DOCUMENTO				32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CRM) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				36 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			
37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				38 - CRM DA SEGURO			
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				40 - N.º DO NIFETE			
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				42 - CNPJ DA EMPRESA			
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				44 - CNPQ DA EMPRESA			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
47 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				48 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
51 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				52 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
AUTORIZAÇÃO							
53 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				54 - N.º CRÉDITO EMISSOR			
55 - DOCUMENTO				56 - N.º DOCUMENTO (CNS/CRM) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
57 - N.º DOCUMENTO				58 - N.º DOCUMENTO (CNS/CRM) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
59 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				60 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			

CÓD. 1193

Agenda 15/05 (08.05.18)

Dr. Azanhas Salgado  
Fisioterapeuta-Ortopedista





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.



Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 19/08/2019 10:55:10  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081910550997600000048697157>  
Número do documento: 19081910550997600000048697157

Num. 49462471 - Pág. 1



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 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.



Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 19/08/2019 10:55:10  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081910550997600000048697157>  
Número do documento: 19081910550997600000048697157

Num. 49462471 - Pág. 2



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

### DESCRÍÇÃO 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 judicia", 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 quitacão, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, 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 nº 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

