



CELPE

T-16 Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTRA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. J.ão do Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902  
 CNPJ 10.835.932/0001-63 | Insc. Est. 0005945-63 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
 IRACI GUEDES DE SOUSA COSTA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA ANTONIO ALVES LIMA 36

CPF: 630.766.564-49

CENTRO/BREJINHÃO  
 BREJINHÃO PE  
 56740-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL

CONTADOR	SERIE	DATA
070741502	UNICA	10/09/2019
CONTADOR	SERIE	DATA
10/09/2019	2002008692	96799

<b>CONTA CONSUMO</b>	<b>PERÍODO</b>
4002173264	09/2019
<b>DATA DE VENCIMENTO</b>	<b>DATA DE PAGAMENTO (última)</b>
17/09/2019	11/10/2019
<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>	<b>136,83</b>

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	144,0000000	0,77952320	112,25
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,17
Contrib. Lum. Pública Municipal			13,42
ICMS Subvenção CDE-NF 089030578-10/07/19			0,99
Multa por atraso-NF 089030578-10/07/19			1,00
Juros por atraso-NF 089030578-10/07/19			1,39
Atualização IGPW-NF 089030578-10/07/19			0,52

**TOTAL DA FATURA**

136,83

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
PERÍODO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO (kWh)
40021502	CONT	09/09/2019	15617,00	10/09/2019	15761,00	32	144,00

PERÍODO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSUMO (kWh)
40021502	CONT	09/09/2019	15617,00	10/09/2019	15761,00	32	144,00

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
 A seguir, para melhor entendimento, apresentamos as informações importantes sobre o serviço de energia elétrica prestado pela CELPE. As informações são de natureza geral e não substituem o contrato de fornecimento de energia elétrica. Para mais detalhes, consulte o contrato de fornecimento de energia elétrica e o site da CELPE (www.celpe.com.br).  
 A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso da energia elétrica. A responsabilidade é do usuário final.  
 A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso da energia elétrica. A responsabilidade é do usuário final.

**ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO**

PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR
Set/19	144,00	Out/19	120,45

As condições de pagamento são: 30 dias após a data de emissão da fatura. O valor devido deve ser pago em dinheiro ou depósito em nome da CELPE. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso da energia elétrica. A responsabilidade é do usuário final.

PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR
Set/19	144,00	Out/19	120,45

PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR
Set/19	144,00	Out/19	120,45

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

03410864-60

HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA.

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

03410864-60

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

RECUSO.

RUA ANTONIO ALVES LIMA

30

CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

CAMPINA

BRASILIA

DF

56740-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

(63) 98131-7272

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0206 CONTA: 00885

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BRASILIA-DF, 20 DE NOVEMBRO DE 2013.

HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

03410864-60

HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA.

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

03410864-60

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

RECUSO.

RUA ANTONIO ALVES LIMA

30

CASA

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

CAMPINA

BRASILIA

DF

56740-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

(63) 98131-7272

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0206

CONTA:

00885

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BRASILIA-DF, 20 DE NOVEMBRO DE 2013.

HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 174ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJINHO -  
DINTER2/20ª DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0264000303**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/10/2019** às  
**11:53**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
**que aconteceu no dia 3/3/2019 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAQUINHA - BREJINHO/PERNAMBUCO**  
/BRASIL Próximo a: **MUNICÍPIO DE BREJINHO, 001 - Bairro: CENTRO -**  
**BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )**  
**RODRIGO LOPES DA COSTA ( TESTEMUNHA )**  
**HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA ( VÍTIMA )**

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

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)**  
**Sr(a): HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA**

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

**HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:**  
**IRACI GUEDES DE SOUZA Pai: FRANCISCO JANUARIO DA COSTA Data de Nascimento:**  
**2/5/1951 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
**Residência: RUA ANTONIO ALVES DE LIMA - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo**  
**a: MUNICÍPIO DE BREJINHO, 30 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**  
**BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESCONHECIDO**  
**Data de Nascimento: 1/1/2000 Naturalidade: BREJINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
**Residência: - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE BREJINHO,**  
**001 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**RODRIGO LOPES DA COSTA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:**  
**GIVANILDA LOPES DA COSTA Pai: REGINALDO FRANCISCO DA COSTA Data de**  
**Nascimento: 11/12/1994 Naturalidade: BREJINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
**Residência: RUA JOÃO NUNES - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO**  
**DE BREJINHO, 170 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO**  
**/BRASIL**



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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido:  
**Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

## Complemento / Observação

A VITIMA VEIO ATE A DP 174 E INFORMOU QUE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO NO SÍTIO LAGOINHA MUNICIPIO DE BREJINHO, EM MARÇO, QUE DECORRENTE DESTA ACIDENTE SOFREU UMA PERDA AUDITIVA E NA VISÃO PASSANDO POR PROCEDIMENTOS CIRURGICOS, CONFORME CONSTA EM LAUDO MEDICO. QUE O ACIDENTE SUPRACITADO OCORREU EM UMA MOTO HONDA CG 150 FAN ESDI, DE COR PRATA FABRICAÇÃO 2018 DE PLACA PEH361 CHASSI 9C2K61880R302621 SENDO O PROPRIETARIO DO VEICULO, JOÃO PAULO BATISTA, QUE FOI SOCORRIDO POR TEGEIRAS PARA O HOSPITAL DE BREJINHO E POSTERIORMENTE PARA AFOGADOS DA INGAZEIRA HOSPITAL EMILIA CAMARA, SENDO ENTÃO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, RECIFE/PE.

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

*Helio Romulo de Souza Costa*

**HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA**  
(VITIMA)

x *Rodrigo Lopes da Costa*  
**RODRIGO LOPES DA COSTA**  
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **MARIANA DE MEDEIROS FARIAS** - Matrícula: **3374733**



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711579

Vítima: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 10.968,75

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau leve 37.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (37.5% de 50%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda da visão de um olho 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Valor: R\$ 10.968,75

Banco: 104

Agência: 000001296

Conta: 0000010885-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas,



---

**Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190711579**

**Vítima: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA**

**Data do Acidente: 03/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190711579**

**Vítima: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA**

**Data do Acidente: 03/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA  
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC:ESTADUAL Nº 160572029  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20190828834445

ESCRITÓRIO

PATOS

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
02883444.5

MATRÍCULA

02883444.5

CLIENTE

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

CPF/CNPJ:

081.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO

29/08/2019

INSCRIÇÃO

075.010.405.0064.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA ANTONIO BARRETO, 41 - MONTE CASTELO PATOS PB 58707-180

FATURA

08/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

LIGADA

ÚLTIMOS CONSUMOS

07/2019 -	2	06/2019 -	2
05/2019 -	3	04/2019 -	2
03/2019 -	1	02/2019 -	2

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	2	R 5312

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	CONSUMO/DIA (M³)
52	54	2	31
16/07/2019	16/08/2019	NºHm: Y18F162170	0,07

CONSUMO

CONSUMO/DIA

(M³)

DIAS

(M³)

NºHm: Y18F162170

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

2 M3

37,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ESGOTO

2 M3

30,33

ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 06/2019

1,36

JUROS DE MORA 06/2019

0,11

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 10,27

CONTA RETIFICADA

TOTAL

R\$

69,71

#CHEGADETRABALHOINFANTIL

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 07/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,99	Cor Aparente	8,80	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,70	P.H.	6,60	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 28/08/2019



CAGEPA

MATRÍCULA

02883444.5

INSCRIÇÃO

075.010.405.0064.000

FATURA

08/2019

NÃO RECEBER APÓS

31/08/2020

VENCIMENTO

29/08/2019

VALOR

R\$

69,71

GRUPO: 560

FIRMA: 2

CONTA RETIFICADA

82610000000-7 69710010075-2 02883444501-8 08201910003-9

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.968,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000010885-0

---

Nr. da Autenticação DB989DB0FE983DCF

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** Helio Romulo de Sousa Costa, CPF 103 410 864 60 e RG 7817520, Órgão emissor SDS-PE, Est. Civil Recuso, profissão Recuso, Endereço Rua Antonio Alves Lima, 30 bairro centro cidade de Brejozinho - PE, CEP nº 56740-000.

**OUTORGADO:** **JOSÉ OTACILIO BATISTA DE LIMA**, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG 7092913 SDS/PE e CPF nº 081.886.574-17, Endereço Rua Antônio Barreto, 41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB. CEP 58707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório- DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

**VÍTIMA:** Helio Romulo de Sousa Costa  
CPF: 103 410 864 60, data acidente 03 10 2019  
cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DAMS ☐ Morte

Local e data: Santa Terezinha - PE 02/08/2019

Helio Romulo de Sousa Costa  
**OUTORGANTE**

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SANTA TEREZINHA	
Titular: HUGO ARAÚJO MONTEIRO	
Telefone: (87) 3859-1395	
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ. SANTA TEREZINHA/PE, 02/08/2019; ENQUILMENTOS: R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91. 159897.JGA07201903.00057	
Consulte autenticidade em <a href="http://www.tjpe.jus.br/selodigital">www.tjpe.jus.br/selodigital</a>	

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461364/19

**Vítima:** HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

**CPF:** 103.410.864-60

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 03/03/2019

**Titular do CPF:** HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA : 081.886.574-17

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA : 103.410.864-60

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019  
Nome: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA  
CPF: 103.410.864-60

HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190711579 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXA DO 1/3 MÉDIO DA FACE À DIREITA (PG 17).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PG 6 8 - CIRURGIA  
@PG 19 21 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190711579 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXA DO 1/3 MÉDIO DA FACE À DIREITA (PG 17).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PG 6 8 - CIRURGIA  
@PG 19 21 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190711579**

Nome do(a) Examinado(a): **HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R ANTONIO ALVES LIMA, 38 - Brejinho - PE - CEP 56740-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **7817520**

Data e local do acidente: [ **03/03/2019** ] **BREJINHO PE**

Data e local do exame: [ **03/01/2020** ] **Pombal** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

**FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO. FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ. FRATURA DAS PAREDES SUPERIOR/SÚPERO-LATERAL INFERIOR DA ÓRBITA DIREITA. FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM SUPERCÍLIO DIREITO. TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM PNEUMOENCÉFALO.**

**II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

**AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE EM REGIÃO DA HEMIFACE DIREITA ONDE NOTA-SE AFUNDAMENTO DA REGIÃO ORBITAL DIREITA COM ASSIMETRIA IMPORTANTE E AFUNDAMENTO DA REGIÃO ORBITAL DE 02 CM E REBAIXAMENTO DA CAVIDADE ORBITAL DE 01 CM. AUMENTO DE VOLUME DE A CUSTA DE PARTES ÓSSEAS EM REGIÃO ZIGOMÁTICA A DIREITA, DOR DURANTE A ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL COM ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E ESTALIDOS E DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS COM MAIOR CONSISTÊNCIA E DOR A PALPAÇÃO DA FACE ANTERIOR DA REGIÃO DO TERRITÓRIO ZIGOMÁTICO. DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2 CM, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS. APRESENTA LAUDO OFTALMOLÓGICO ONDE RELATA USO DE MALEATO DE TIMOLOL 0,5% PARA TRATAMENTO DE GLAUCOMA PRIMÁRIO E PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO E APRESENTANDO MÍNIMA DILATAÇÃO PUPILAR DIREITA. TRAZ LAUDO DE OTORRINOLARINGOLOGISTA CRM 23507 ONDE EVIDENCIA O MESMO APRESENTA PERDA AUDITIVA UNILATERAL A ESQUERDA EM GRAU PROFUNDO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.**

**III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

**TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 25/03/2019 COM OSTEOSÍNTESE COM REDUÇÃO DAS FRATURAS DA FACE COM PLACAS E PARAFUSOS, OSTEOPLASTIA DO ARCO ZIGOMÁTICO, DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA E RECONSTRUÇÃO DE PAREDES ORBITÁRIAS. TRATAMENTO CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR EM 28/03/2019. RETORNO HOSPITALAR COM PARALISIA DO SEGUNDO E TERCEIRO PAR CRANIANO À DIREITA E COM NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA, EDEMA BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR DIREITA, ENOFTALMIA, SENDO REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR. ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

**Perda parcial da visão à direita, Perda parcial da acuidade auditiva à esquerda, Dano cranio facial**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Olho direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( **X** ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**Estruturas cranio faciais**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**Ouvido esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( **X** ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411  
TEOD 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190711579 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO. FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ. FRATURA DAS PAREDES SUPERIOR/SÚPERO-LATERAL INFERIOR DA ÓRBITA DIREITA. FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM SUPERCÍLIO DIREITO. TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM PNEUMOENCEFALO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE EM REGIÃO DA HEMIFACE DIREITA ONDE NOTA-SE AFUNDAMENTO DA REGIÃO ORBITAL DIREITA COM ASSIMETRIA IMPORTANTE E AFUNDAMENTO DA REGIÃO ORBITAL DE 02 CM E REBAIXAMENTO DA CAVIDADE ORBITAL DE 01 CM. AUMENTO DE VOLUME DE A CUSTA DE PARTES ÓSSEAS EM REGIÃO ZIGOMÁTICA A DIREITA, DOR DURANTE A ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL COM ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E ESTALIDOS E DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS COM MAIOR CONSISTÊNCIA E DOR A PALPAÇÃO DA FACE ANTERIOR DA REGIÃO DO TERRITÓRIO ZIGOMÁTICO. DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2 CM, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS. APRESENTA LAUDO OFTALMOLÓGICO ONDE RELATA USO DE MALEATO DE TIMOLOL 0,5% PARA TRATAMENTO DE GLAUCOMA PRIMÁRIO E PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO E APRESENTANDO MÍNIMA DILATAÇÃO PUPILAR DIREITA. TRAZ LAUDO DE OTORRINOLARINGOLOGISTA CRM 23507 ONDE EVIDENCIA O MESMO APRESENTA PERDA AUDITIVA UNILATERAL A ESQUERDA EM GRAU PROFUNDO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 25/03/2019 COM OSTEOSÍNTESE COM REDUÇÃO DAS FRATURAS DA FACE COM PLACAS E PARAFUSOS, OSTEOPLASTIA DO ARCO ZIGOMÁTICO, DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA E RECONSTRUÇÃO DE PAREDES ORBITÁRIAS. TRATAMENTO CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR EM 28/03/2019. RETORNO HOSPITALAR COM PARALISIA DO SEGUNDO E TERCEIRO PAR CRANIANO À DIREITA E COM NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA, EDEMA BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR DIREITA, ENOFTALMIA, SENDO REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR. ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial da visão à direita, Perda parcial da acuidade auditiva à esquerda, Dano cranio facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 37,5 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			81,25 %	R\$ 10.968,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190711579 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO. FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ. FRATURA DAS PAREDES SUPERIOR/SÚPERO-LATERAL INFERIOR DA ÓRBITA DIREITA. FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM SUPERCÍLIO DIREITO. TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM PNEUMOENCEFALO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE EM REGIÃO DA HEMIFACE DIREITA ONDE NOTA-SE AFUNDAMENTO DA REGIÃO ORBITAL DIREITA COM ASSIMETRIA IMPORTANTE E AFUNDAMENTO DA REGIÃO ORBITAL DE 02 CM E REBAIXAMENTO DA CAVIDADE ORBITAL DE 01 CM. AUMENTO DE VOLUME DE A CUSTA DE PARTES ÓSSEAS EM REGIÃO ZIGOMÁTICA A DIREITA, DOR DURANTE A ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL COM ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E ESTALIDOS E DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS COM MAIOR CONSISTÊNCIA E DOR A PALPAÇÃO DA FACE ANTERIOR DA REGIÃO DO TERRITÓRIO ZIGOMÁTICO. DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2 CM, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS. APRESENTA LAUDO OFTALMOLÓGICO ONDE RELATA USO DE MALEATO DE TIMOLOL 0,5% PARA TRATAMENTO DE GLAUCOMA PRIMÁRIO E PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO E APRESENTANDO MÍNIMA DILATAÇÃO PUPILAR DIREITA. TRAZ LAUDO DE OTORRINOLARINGOLOGISTA CRM 23507 ONDE EVIDENCIA O MESMO APRESENTA PERDA AUDITIVA UNILATERAL A ESQUERDA EM GRAU PROFUNDO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 25/03/2019 COM OSTEOSSÍNTESE COM REDUÇÃO DAS FRATURAS DA FACE COM PLACAS E PARAFUSOS, OSTEOPLASTIA DO ARCO ZIGOMÁTICO, DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA E RECONSTRUÇÃO DE PAREDES ORBITÁRIAS. TRATAMENTO CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR EM 28/03/2019. RETORNO HOSPITALAR COM PARALISIA DO SEGUNDO E TERCEIRO PAR CRANIANO À DIREITA E COM NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA, EDEMA BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR DIREITA, ENOFTALMIA, SENDO REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR. ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial da visão à direita, Perda parcial da acuidade auditiva à esquerda, Dano cranio facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 37,5 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			81,25 %	R\$ 10.968,75

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014487237722  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 280736452 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXER. 2019

NOME  
JOAO PAULO BATISTA

ENDEREÇO  
BREJINHO - PE

PLACA 104.554.314-42 PRH0361

PLACA ANT. / UP \*\*\*\*\* CHASSI 9C2KC1680BR302621

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2011

CAP. / POT. / CIL 2P / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
IPVA 2019 QUITADO 1ª \*\*\*\*\*

FAIXA I.P.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª \*\*\*\*\*  
3ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 25/01/19

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA

LOCAL  
BREJINHO

DATA 28/01/19

Assinatura do Diretor Presidente do Exercício DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PE Nº 014487237722 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOAO PAULO BATISTA

RUA SAO SEBASTIAO 98 56740-000

CASA CENTRO BREJINHO-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 28/01/19

VIA 1 CPF / CNPJ 104.554.314-42 PLACA PRH0361

RENAVAM 280736452 MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2010 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2KC1680BR302621

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) 36.05 DENATRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

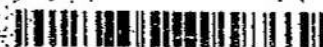
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 84.58

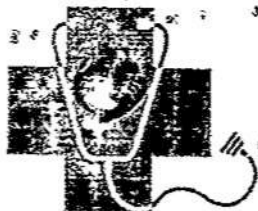
PAGAMENTO  
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 25/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.





HCFR  
**HOSPITAL CLOTILDES DE FONTE RANGEL**  
MANUTIDO PELA Associação e Proteção a Maternidade e a Infância de Brejinho-PE.  
Rua: 20 de Dezembro, S/N- Centro Brejinho-PE.  
FONE: 087-3850-1291

### DECLARAÇÃO

Eu, Mauricio Cristian Santos leite, brasileiro, natural de Brejinho – PE, portador do RG.: 8258144 **DECLARO**, para os devidos fins de direito, que Hélio Rômulo de Sousa Costa, 28 anos, deu entrada nesta unidade hospitalar – Hospital Clotildes de Fonte Rangel – no dia 03/03/2019, vítima de acidente motociclístico, e apresentava, à época, inconsciência, otorragia, e escoriações. Depois de realizados os cuidados da equipe de enfermagem, o mesmo foi encaminhado ao hospital regional Emilia Câmara, em Afogados da Ingazeira - PE.

Por ser verdade, firmo o presente para que surte seus efeitos legais.

Brejinho, 12 de julho de 2019.

Mauricio Cristian Santos Leite  
Diretor Administrativo  
CPF: 099.042.834-58

---

Assinatura do Responsável





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Nº Atendimento: 1394104

Nome: Helio Ramello da Silva Costa

Foi atendido às 08:12 hs. do dia 04, 03, 19

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente motorístico, com fratura C20 D, OPR, paralisia motora B, BPH - art. 8, p. 102-8. Necessário a O30 (Tatoal O30 de Heparina Semissolida).

Tratamento Realizado: Pimenta vermelha dia 25/  
03/19, por Dr. Belmiro Amador Rosa,  
Dentista, por Alvaro Augusto Oliveira,  
Dentista-cirurgião e anestesiologista, com uso de  
2 filas 1.5mm em região supra-alveolar  
e 1 fila 1.5mm em região infra-alveolar e  
1 fila em assoalho da cavidade.

Observação :

Observação: Relatório de observação de Dr. Pulmino  
dia 29/04/19, às 06:00 horas  
Flora de São Carlos, Serra Marão  
Cópia de relatório de observação

**Estomiro Diniz**  
Buc. Maxilo-facial  
Residente HRA/UPE  
CRO-PE 13-314

Médico CRM Nº

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade de tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

# BOLETIM DE EMERGÊNCIA

**Idrografica (87) 9917-1662/9535-7820**



FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

Definição de caso: Víctima de Acidente de Transporte Terrestre (ATT) atendida em serviço de saúde sentinela. Considera-se ATT aquele que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, principalmente para transporte terrestre de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro (CID - 10, Cap.XX)

Data de notificação

Dados da Notificação

1. Unidade sentinela

2. Data do atendimento

3. Número de registro / Prontuário

Dados de Identificação da Víctima

4. Nome do registro (civil)

5. Nome social (de identificação)

6. Nome da mãe

7. Telefone

8. UF residência

9. Município de residência

10. Sexo

☒ 1. Masculino

☐ 2. Feminino

☐ 99. Ignorado

11. Gênero

☐ 1. Cis

☐ 2. Transexual Masc.

☐ 3. Transexual Fem.

☐ 4. Travesti

☒ 99. Ignorado

12. Data de nascimento

13. Idade

☐ 1. Dia

☐ 2. Mês

☐ 3. Ano

14. Raça/Cor:

☐ 1. Branca

☐ 2. Preta

☒ 4. Parda

☐ 3. Amarela

☐ 5. Indígena

☐ 99. Ignorado

15. Ocupações relacionadas ao setor de transporte

☐ 1. Sim

☐ 2. Não

☐ 88. Não se aplica

☒ 99. Ignorado

16. Natureza da ocupação relacionada ao setor de transporte:

☐ 1. Motorista de carro de passeio

☐ 2. Motorista de táxi

☐ 3. Motorista de ônibus / similar

☐ 4. Motorista de caminhão

☐ 5. Motorista (Motoboy)

☐ 6. Condutor de veículo de tração animal

☐ 7. Condutor de veículo a pedais

☐ 8. Mototaxista

☐ 77. Outra:

☐ 88. Não se aplica

☒ 99. Ignorado

17. Ocupação não relacionada ao setor de transporte:

18. Meio de locomoção da vítima ao chegar na unidade sentinela:

☐ 1. Veículo particular

☐ 2. Viatura policial

☐ 3. SAMU

☐ 4. Resgate / Bombeiro

☒ 5. Ambulância

☐ 6. Coletivo

☐ 7. A pé

☐ 77. Outros

☐ 99. Ignorado

19. Condições de vítima ao chegar na unidade sentinela:

☐ 1. Consciente

☒ 2. Inconsciente

☐ 3. Morto

10.583.920/0010-24  
HOSPITAL SENTINÁRIO  
Av. Manoel Vitorino, 56.800-000  
PE 520 - CEP 56.800-000  
Lafayette de Almeida - PE

20. Data do acidente

03 / 03 / 19

21. Hora do acidente

21 : 00

22. Zona de ocorrência

☐ 1. Urbana

☒ Rural

☐ 99. Ignorado

24. Município de ocorrência

BRUNHO

25. Logradouro (Rua, Avenida, Travessa, Km da Br, etc...)

SITIO BALINSA

26. Nº

27. Bairro:

28. Ponto de referência:

29. Tipo de Víctima

☒ 1. Condutor

☐ 2. Pedestre

☐ 3. Passageiro

☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado

☐ 99. Ignorado

30. Meio de locomoção de vítima no momento do acidente:

☐ 1. A pé

☐ 2. Automóvel

☒ 3. Motociclista

☐ 4. Bicicleta

☐ 5. Ônibus/Similar

☐ 6. Veículo Pesado

☐ 7. Ambulância/SAMU/Resgate

☐ 8. Veículo de tração animal/Animal montado

☐ 9. Trem/Metrô

☐ 99. Ignorado

31. Natureza do acidente

☒ 1. Colisão/Abaloamento

☐ 2. Atropelamento

☐ 3. Tombamento ou Capotamento

☐ 4. Queda em/do veículo

☐ 5. Choque com objeto fixo

☐ 6. Outro

☐ 99. Ignorado

Dados do Acidente





**Ortomédica**

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

1394035 606-01

CONTROLE DE MATERIAIS

UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

Nº 057342

1ª Via Fixa

Hospital: Un Convênio: SUS Cidade: RecifeNome do Paciente: Helio Romulo de Souza Costa Data da Cirurgia: 25/03/19Médico: Dr. Marcelo Membro Operado: João

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
3 parafusos 7,5 mm		3	
1 tala		1	

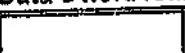
Prof. Dr. Valconcelos  
Cirurgião de Mão, Braço e Torso  
CRM-3105

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

**MANCHESTER V2**

**Data e hora retirada da senha: 04/03/2019 08:03**

	Nome Paciente:	HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	02/03/1991
	Sexo:	Masculino
	Idade:	28
	Senha:	U0027
	Convênio:	-
Atendimento:		
SAME:		

ATT 1  
NEI

ATT 14/03/19  
NEPI

**Período: 04/03/2019 08:06 - 04/03/2019 08:07**

Período: 04/03/2019 08:06 - 04/03/2019 08:07  
MARIA JULIA NUNES - COREN: 312395 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

**Prioridade:**

## L'ARANIA MUITO URGENTE

Cor:

## LARANJA

**Queixa Principal:**

VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 12 H, ESTAVA SEM CAPACETE E ALCÓOLIZADO, APRESENTA CORTE EM SUPERCÍLIO DIREITO E OTORRAGIA EM OUVIDO ESQ. RELATO DE PERDA D CONSCIENCIA.

**Observação:**

SENHA 5632875

**Fluxograma sintoma:**

## TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

**Discriminador(es):**

**- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?**

**Especialidade:**

NEUROCIRURGIA ADULTO

04/03/19

~~# NCR #~~

10:00h

0-00h Solicito TAC de face e reconstrução 3D  
para avaliar fratura em região orbital.  
TAC de crânio resgatada (01/03/19):  
Pneumocéfalos.

dda: Pandion  
Favus

4 NCQ

405103149

A1

00:004

MD: FCC Lou C (PENDING ON COMB)

of clear to foggy from 150m to 200m in the 1000 area

$$\text{GCD} = 13, \text{ P.C.} = 2$$

$C_n = \textcircled{1} \quad V_{CQ1} = 12V$

① Linear

Luiz Euripedes Santiago  
NEUROCI/FURG  
FAX: 51-3626.409

Acolhido(a) por: MARIA JULIA NUNES - COREN: 312395 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

**Data Impressão: 04/03/2019 08:07**



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Helio Romulo de Souza e Silva

Nº do Registro: 239 4035

Clínica : Bmf

Nº do Leito: 606-05

Operador: D. Belmonte

1º Assistente : *no Anacle*

2º Assistente : Ono Rosen

Instrumentador: Ma Jovic

Anestesista: m. Ipanatine

Anestesia : *Genol*

**Duração :**

Data da Operação: 25/03/19

Inicio: 14:00 h

Fim: 16.50 A

Diagnóstico Pré-Operatório: fratura completa do terço médio do  
2008

Diagnóstico Pós-Operatório : OK

Operação Proposta: Instalação complexos de TACO vedado de

**Operação Realizada :**

Amesbury

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① paciente sob DDH ② Dorso + Anterior do campo operatório ③ Dorso do campo operatório ④ infiltração com anestesia contendo vaso constritor ⑤ 20ml infiltração + 20ml suco glutaral + 20ml mais 2ml de antibiótico 3 placas de 1,5mm + 1 tala ⑥ Lavagem e cura com SF 0,9% ⑦ Drenagem por plano ⑧ paciente segue extubado para SF

**Dra. Jéssica Cunha**  
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA  
BUCA - MAXILO - FACIAL  
Residente HRUPE  
CROPE 12941

~~Prof. Dr. J. D. J. J. J. J.~~  
~~Cirurgião Dentista~~





HR40

25-03-19

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Helio R. R. R. REGISTRO: 2399035  
 IDADE: 27 SEXO: M ( ) F ( ) SETOR DE PROCEDENCIA: cluf-606-01

1-EQUIPE CIRURGICA

CIRURGIÃO: Dr. Celso ANESTESISTA: Dr. L. A. M. R.  
 1ª AUXILIAR: Dr. A. A. A. 2ª AUXILIAR: Dr. J. S. S. INSTRUMENTADOR: —  
 ENFERMEIRA: Suzana CIRCULANTE: Abigail Ana

2-DADOS DA CIRURGIA

CIRURGIA: Exat. comp. 1/3 mediop. 7/10 m. c. INICIO: 14:15 TÉRMINO: 16:50  
 TIPO DE ANESTESIA: geral INICIO: 14:00 TÉRMINO: 17:10

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM (X) REGULAR ( ) GRAVE ( ) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (X) ORIENTADO ( ) SONOLENTO ( ) SEDADO ( ) INCONSCIENTE ( )  
 RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA (X) ENTUBADO ( ) TRAQUEOSTOMIZADO ( ) CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA: — PULSO: — RA: —  
 PELE ÍNTEGRA (X) LESIONADA ( ) DIURESE: ESPONTÂNEA (X) SONDÁ ( ) DISPOSITIVO URINÁRIO ( ) ALERGIA: — PERTENCES: —  
 PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP ( ) TRICOTOMIA ( ) MARCAÇÃO DO SITO CIRÚRGICO: SIM ( ) NÃO (X) PROTESE DENTÁRIA: SIM ( ) NÃO (X)

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER ( ) LATERAL ( ) DORSAL ( ) VENTRAL ( ) GINECOLÓGICA ( ) PROTEÇÃO OCULAR: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL DE PLACA CIRURGICA: coxa Dsq  
 CONTAGEM DE COMPRESSAS: INÍCIO: OK FINAL: OK CONTROLE DE PERFURAÇÕES: FIO AGULHADO: INÍCIO: — FIM: —  
 ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM ( ) NÃO (X) QUAL: Cefazolin HORA: — PREENCHEU COTA: SIM ( ) NÃO (X)  
 GARROTEAMENTO: SIM ( ) NÃO (X) TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: — FINAL: —  
 CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: OK CONFERIDO POR: OK HORA: —

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR (X) OXÍMETRO (X) CAPNÓGRAFO (X) PNEU. (X) ASPIRADOR MONTADO ( ) MANTA TÉRMICA ( ) AP. VIDEO ( ) TORP. DE NITROGÊNIO ( ) TORP. DE CO<sub>2</sub> ( ) BISTURI ELÉTRICO (X) MICROSCÓPIO ( ) CAVITRÓN ( ) INTENSIFICADOR ( ) BOMBA DE INFUSÃO (X) DIPRIFUSOR ( ) ESTIMULADOR DE NERVOS ( ) DERMATÔMO ( ) BISTURI ULTRASSÔNICO ( )  
 INSTRUMENTAIS CONSIGUINADOS: SIM (X) NÃO ( )

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM ( ) NÃO ( ) NOME DA PEÇA: — MATERIAL: —  
 SOLUÇÃO: — IDENTIFICADO POR: —  
 CULTURA: SIM ( ) NÃO ( ) EXAMES LABORATORIAIS: SIM ( ) NÃO ( ) GASOMETRIA: SIM ( ) NÃO ( ) RX: SIM ( ) NÃO ( )

606-01

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

**HR 40 anos**  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELACIONAMENTO DE MATERIAIS USADOS EM C. URGIA  
PACIENTE Helio Humberto de Souza REGISTRO 1894035

CIRURGIA Fístula com 13 meses 2ª cirurgia data 25/03/19 CIRCULANTE Alcivaril Ara

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICACAO	QUANT.	MEDICACAO
02	Agulha 25x07		Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
02	Agulha 40x12	01	Agua destilada 10ml		Naloxona (narcan)
	Agulha 13x4		Alcuronio		Neocaina
	Agulha de bloqueio ( )		Alfentanila (rapifen)	04	Neostigmine
	Atad. Crepe	02	Antibiótico		Pancurônio
	Atad. Gessada	20	Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Atropina	01	Propofol 20ml
	Capa de vídeo	02	Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclavia	1	Cedilanide		Rocuronio (esmeron)
01	Cat. veropunção nº 20		Cetoprofeno	100	Sevorane
01	Cat. de oxigenio	1	Decadron	1	Soro fisiológico
01	Cera ossea	05	Dexametasona		Soro fisiológico
01	C. de urina fechado ( ) aberto ( )		Diazepan		Soro glicosado
07	Compressa cirurgica	12	Dipirona	1	Soro Ringer 500ml
01	Conexão 2 vias		Dopamina		Suxametônio ( quelichn )
01	Eletrodo	01	Dormonid		Tracrium
01	Eq. De bomba		Enflurano		Vitamina C
01	Eq. De soro		Etilefrina ( efartil )		Vitamina K
01	Fio cromado 3-0	01	Fenitoína ( hidantal )	01	Xilocaina C/A 20ml
01	Fio cromado 2-0	01	Fentanil		Xilocaina S/A
	Fio de aço	01	Furosemida ( lasix )		Xilocaina 2ml
	Fio de algodão c/a	01	Gela fundin	01	Xilocaina geléia
	Fio de algodão c/a	01	Glicose 10ml		Microscópio 40
	Fio de algodão s/a	03	Gluconato de sódio		Microscópio 5-0
	Fio de algodão s/a	03	Heparina		
	Fio de algodão s/a	03	hidrocortisona		
	Fio de nylon 3-0	08	Hypnomidate		
	Fio de nylon 5-0	08	isoflurano		
	Fio protene c/a	10	Latexat ( flumazinil )		
	Fio protene c/a	02	Manitol		
	Fio protene s/a	02	Meperidina ( Dolantina )		



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Helio Romulo de Souza Costa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1669469

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de próstata s/ contraste

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Mama cervical s/ contraste

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TAC livre

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Leonardo Lima  
Urologista - TSB1  
CRM 13870

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04 / 03 / 19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

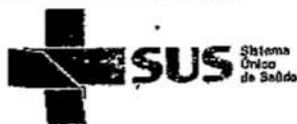
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**Hospital da Restauração**

2 - CNES

**0000655**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

*Helio Roberto da Silva*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

*Tricostose*

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Tricostose*

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

*12/10/17*

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**AUTORIZAÇÃO**

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

*1/1*

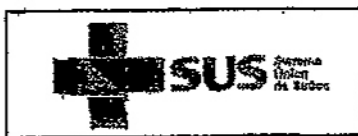
29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)



URGENTE

606.1



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
Hospital da Restauração

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HR

2 - CNES  
0000855

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
Mário Gomes de Souza Costa

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
Anail Bentes de Souza Costa

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO BONTUÁRIO  
1394104

8 - DATA DE NASCIMENTO  
02/05/1997

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
Te de + 3D

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Justificativa da solicitação: 263

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
Dr. Denilson Diniz

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
25.03.19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
Dr. Denilson Diniz  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucco-Maxilo-Facial  
Residência HR/UPE  
CNPJ 13314

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)  
Dr. Denilson Diniz  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucco-Maxilo-Facial  
Residência HR/UPE  
CNPJ 13314

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
M /

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)



Secretaria  
de Saúde



Nome:	HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA	Pedido: 535415
Idade:	27 anos, 10 meses e 13 dias      Sexo: M	Data do Pedido: 15/03/2019 15:46:00
Médico:	MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR	Data do Laudo:
Procedência:	SUS - INTERNACAO	Atendimento: 1394104

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÓRBITAS

### TÉCNICA DE EXAME:

Realizados sequências em sagital T1, axial/FLAIR, coronal T1 e T2 interessando as órbitas, assim como axiais em T1 e T2 e sequências pós-contraste ponderado em T1, axiais e coronais.

### ANÁLISE:

Sinais de fratura das paredes superior/súpero-lateral inferior da órbita direita, questionando-se ainda outras fraturas que tem maior dificuldade em sua avaliação na ressonância magnética, sugerindo-se correlação com tomografia para avaliação das fraturas e dos deslocamentos ósseos.

Há edema medular ósseo na parede superior da órbita.

Sinais de sinusopatia/conteúdo no interior do seio frontal direito, células etmoidais à direita e seio maxilar direito e seio esfenoidal, notando-se espessamento ainda da mucosa de revestimento do seio maxilar esquerdo e de algumas células etmoidais à esquerda.

A musculatura extrínseca da órbita direita apresenta-se ligeiramente espessada com alteração de sinal bem como maior realce após o contraste.

Também há obliteração da gordura retro-orbitária direita.

O nervo óptico não apresenta alteração de sinal quando comparado em relação ao contralateral com certa dificuldade de avaliação do mesmo na região do ápice da órbita no presente método.

DANIELA NOGUEIRA CRUZ  
CRM: 11443

CRM:





Secretaria  
de Saúde



Nome:	HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA	Pedido: 535415
Idade:	27 anos, 10 meses e 13 dias	Sexo: M
Médico:	MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR	Data do Pedido: 15/03/2019 15:46:00
Procedência:	SUS - INTERNACAO	Data do Laudo:
		Atendimento: 1394104

Também há edema da musculatura mastigadora na fossa temporal direita com realce após o contraste.

Os bulbos oftálmicos não apresentam alterações pelo método.

DANIELA NOGUEIRA CRUZ  
CRM: 11443

CRM:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1394035/2019.

NOME: HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA.

Foi atendido às 08h12 do dia 04.03.2019.

Diagnóstico provável: Fratura complexa de terço médio  
de face (OPN, CZO (D), BLOW OUT (D) e maxilar  
TCE - Pneumoencefalo e parosmiopse  
(Queda de moto) de mandíbula  
(D)

### Tratamento realizado:

Traf. cirúrgico de fratura complexa de terço  
médio de face + fixação cirúrgica +  
osteoplasia do arco zigomático + descompressão  
de bázilas + reconstrução de paredes orbitárias.  
em 25-03-2019

PNM de bázilas Exames complementares  
Obs. Traf. de suporte clínico.  
Antibióticos Enc. P/ FAV  
Alta em 28-03-2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 20-05-2019

SES - Hospital da Restauração  
Dr. Franklin Serra  
Médico do SAME  
CRM: 7074

**Atenção:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**

GOVERNO DO ESTADO

Paciente: <u>Helio Romulo de Souza Lato</u>	Registro: <u>de Souza Lato</u>
Clínica:	Box/Leito/Enfermaria:

Longo de Consulta

Paciente vítima de acidente motorístico dia 04/03/19 causado com fratura em C20D, OPN, parassupina D, Mox-out-D. Já submetido a procedimento cirúrgico para redução e fixação da fratura.

Ssegue o acompanhamento ambulatório. Retornado para reforço nos pontos laborais após 3 dias de ausência.

Data: 22/05/19

Ass. Carimbo Médico/CREMEPE

Viana

E. 2759

0340

## ENCAMINHAMENTO AO OTORRINOLARINGOLOGISTA

ENCAMINHO O(A) SENHOR(A) HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA, QUE SE ENCONTRA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NESTE SERVIÇO DE SAÚDE POR TCE (CID-10: S09), APRESENTANDO QUEIXA DE HIPOACUSIA EM OUVIDO ESQUERDO. SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA.

GRATO.

Recife - PE, 3 de julho de 2019.

Dr. Arlindo U. Netto  
NEUROCIRURGIA  
CRM-PE: 21.405

MÉDICO RESIDENTE DO SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA  
DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

**SOLICITAÇÃO DE EXAMES / CONSULTAS**

Empresa: FUNDACAO ALTINO VENTURA  
 Nome: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA  
 Nome Social:  
 Idade: 27  
 Diagnóstico:  
 Município: BREJINHO  
 Prioridade:  
 Olho único: MM:

CNS: 898969149614960

Prontuário: 01978719

CID:

Atendimento: 03835669

CD:

OD OE

- 1- Angiografia ☐ ☐  
 2- Retinografia ☒ ☒  
 3- Retcam ☐ ☐

**4- OCT**

- 4.1- Papila ☐ ☐  
 4.2- Mácula ☒ ☒  
 4.3- Córnea ☐ ☐  
 5.1- Ultrassonografia ☐ ☐  
 5.2- USG Simples (Catarata/Córnea) ☐ ☐  
 6- PAM ☐ ☐  
 7- Biometria ☐ ☐  
 8- Microscopia Especular ☐ ☐  
 9- Topografia Corneana ☐ ☐  
 10- Paquimetria ☐ ☐  
 11- Campimetria 30-2 ☐ ☐  
 12- Campimetria 24-2 ☐ ☐  
 13- Campimetria 10-2 ☐ ☐  
 14- Campimetria FDT ☐ ☐  
 15- CTD ☐ ☐  
 16- Mapeamento de Retina ☐ ☐

- 17- Siriús/Pentacam e Galilei ☐ ☐  
 18- Fotografia ☐ ☐

**19- Laser Retiniano**

- 19.1- Focal Grid ☐ ☐  
 19.2- Panfoto ☐ ☐  
 19.3- Periferia ☐ ☐  
 19.4- Setorial ☐ ☐

**20- Yag-Laser**

- 20.1- Iridotomia Periférica ☐ ☐  
 20.2- Capsulotomia Posterior ☐ ☐

**Outros**

- ☐ 21- Glicemia de Jejum  
☐ 22- Hb A1C  
☐ 23- Hemograma completo com contagem de Plaquetas  
☐ 24- TPAE com INR  
☐ 25- TS, TC  
☐ 26- HGT  
☐ 27- Parecer Cardiológico c/Risco Cirúrgico  
☐ 28- PVE  
☐ 29- Eletroretinografia

**RETORNO**

Ambulatório de Volta: R2 / C2 ☐ Especialista:

**AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> CATARATA (POLO)                         | <input type="checkbox"/> CER - REFRAÇÃO BAIXA VISÃO | <input type="checkbox"/> RETINA CIRÚRGICA                  |
| <input type="checkbox"/> CATARATA (MOSTRA DE EXAMES)             | <input type="checkbox"/> CÓRNEA                     | <input type="checkbox"/> RETINA CLÍNICA                    |
| <input type="checkbox"/> CATARATA COMPLICADA                     | <input type="checkbox"/> CORNEA POS-TRANSPLANTE     | <input type="checkbox"/> RETINA OCLUSÕES VASCULARES        |
| <input type="checkbox"/> CATARATA CONGÊNITA                      | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA CLÍNICO           | <input type="checkbox"/> DPO LUCENTIS                      |
| <input type="checkbox"/> CER - AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL            | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO PROJ. GLAUCOMA    | <input type="checkbox"/> RETINOBLASTOMA                    |
| <input type="checkbox"/> CER - ESTIMULAÇÃO VISUAL CAT. CONGÊNITA | <input type="checkbox"/> VOLTA PROJETO GLAUCOMA     | <input type="checkbox"/> TUMOR ANTERIOR                    |
| <input type="checkbox"/> CER - ESTRABISMO                        | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA CIRÚRGICO         | <input type="checkbox"/> TUMOR POSTERIOR                   |
| <input type="checkbox"/> CER - NEUROPEDIATRIA                    | <input type="checkbox"/> NEUROFTALMO                | <input type="checkbox"/> UVEÍTE                            |
| <input type="checkbox"/> CER - OFTALMOPEDIATRIA                  | <input type="checkbox"/> PLÁSTICA OCULAR            | <input type="checkbox"/> TROCA DE LENTE TERAPEUTICA        |
| <input type="checkbox"/> CER - BAIXA VISÃO                       | <input type="checkbox"/> REFRAÇÃO                   | <input type="checkbox"/> LENTE DE CONTATO                  |
|  | <input type="checkbox"/> AMB. PTERIGIO (JABOATÃO)   | <input checked="" type="checkbox"/> SEM RETORNO NO MOMENTO |

Observação:

MÉDICO SOLICITANTE	DATA
Dr(a): PAULO ROMERO LEITE AQUINO CRM.24645 OFTALMOLOGIA	07/03/2019 14:27:18 usuário:PAULOQUINO

Paciente : HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA  
Registro : 01978719  
Atendimento: 3853933

AO-CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL

PACIENTE COM MULTIPLAS FRATURAS DE ÓRBITA À DIREITA + RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO OCULAR + SEQUELA VISUAL ( NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA). PACIENTE PODERÁ SER SUBMETIDO A CIRURGIA FACIAL. ENTRETANTO ESCLAREÇO SOBRE PROGNÓSTICO VISUAL RESERVADO.

ATENCIOSAMENTE

André Luiz de A. Mendes  
Médico  
CRM-PE 26.576

Recife, 20/03/2019

Prestador: ANDRE LUIZ DE ARAUJO MENDES  
CRM-26576

Nome: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Idade: 27 Anos, 10 Meses e 5 Dias

Nome Social:

Registro: 01978719

Atendimento: 03835669

Data e Hora do Atendimento: 07/03/19 11:25

Endereço: RUA JOAO NUNES, 10, CENTRO, BREJINHO

Mãe: IRACI DE SOUSA COSTA

Consulta Enfermeiro (a) / Classificação: NATHALY WANDERLEY M. SIMAS Prioridade: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VEM ENCAMINHADO DO HR PARA AVALIAÇÃO EM OD

REFERE TRAUMA (ACIDENTE DE MOTO)

EVOLUINDO COM BAV EM OD

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIAS

**CONSULTA MÉDICA**

PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO DIA 03/03/19. QUEIXA-SE DE BAV EM OLHO DIREITO E TRAZ ENCAMINHAMENTO COM DIAGNOSTICO DE FATURA EM BLOWOUT A DIREITA E CZO.

PACIENTE APRESENTANDO RINORREIA, NAUSEA E MAL ESTAR DURANTE EXAME

OD: EDEMA COM QUEMIOSE BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR, ENOFTALMIA, E OFTALMOPLÉGIA, CONJUNTIVA ALGO HIPEREMIAADA, CORNEA TRANSPARENTE, CAF, FACICO. EXAME EM LAMPADA DE FENDA FOI INTERROMPIDO APOS MAL ESTAR DE PACIENTE

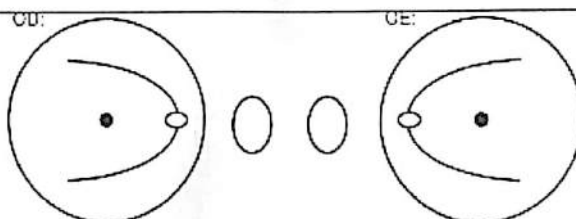
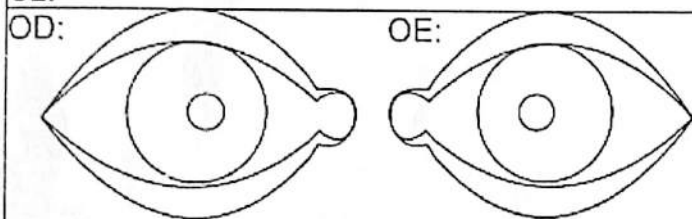
OE: CONJUNTIVA CALMA, CORNEA TRANSPARENTE, FLUOR NEG, CAF, SEM RCA, FACICO

**MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO**

MAPEAMENTO DE RETINA < SELECIONE MAPEAMENTO DE RETINA

OD: DOC E COM BORDOS BEM DELIMITADOS, EP 0,4, RETINA APLICADA EM POLO POSTERIOR, ALTERAÇÃO DO BRILHO MARCULAR

OE:



AVL

TONOMETRIA

S/C ☒

C/PH ☐

C/C ☐

HORA:

OD: CD 50CM

OE: 20/30

OD:

OE:

Exames: Gonioscopia ☐ / Outros (Reflexos/ Versões/ Reavaliação)

ANISOCORIA D>E; OD FOTOMOTOR DIRETO ABOLIDO A DIREITA E PRESERVADO A ESQUERDA; NAO CONSIGO AVALIAR CONSENSUAL DE AMBOS OS OLHOS POR COLABORAÇÃO.

Retirada de Corpo Estranho ☐

Retirada de Sutura ☐

Colocação Lente Contato Terapêutica ☐

Tubo Ahmed ☐

PI por Yag Laser ☐ Ultrassom

CONDUTA: DILATAR

REALIZADO RETI E OCT

DISCUTO CASO COM DR FELIPE COSTA QUE ORIENTA: ALTERAÇÕES DE REFLEXO A SSOCIADA A BAV APOS TRAUM PODE SER SECUNDÁRIA A NEURITE OPTICA RETROBULBAR. SUGERE REALIZAÇÃO DE RNO COM ENFASE EM ORBITA + RETORNO 4ª FEIRA PARA AVALIAÇÃO POR DRA LAURA.

CONSULTA COM ESPECIALISTA:

DIAGNÓSTICO: TRAUMA + LESÃO DE 3º NC A DIREITA? + LESÃO DE 2º NC A DIREITA?

CID: clicar para informar o cid

PROCEDIMENTO:

HORAS EM OBSERVAÇÃO:

CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OBITO ☐ EVASÃO ☐ ADMINISTRATIVA ☐ A PEDIDO

Dr(a). PAULO ROMERO LEITE AQUINO CRM: 24645 Data e Hora: 07/03/2019 11:41:09

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

AUTORIZO A FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA A REALIZAR O TRATAMENTO, CLINICO E/OU CIRURGICO, COM OU SEM EXAMES COMPLEMENTARES DEVIDO AO CARÁTER DE URGÊNCIA, COM TRANSPORTE PARA OUTRO SERVIÇO SE NECESSÁRIO.



## ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

ALTA DO ACOMPANHAMENTO NA EMERGÊNCIA

CONSULTA COM ESPECIALISTA:

DIAGNÓSTICO: FRATURA MÚLTIPLA DE ÓRBITA

PARALISIA DE II PAR À DIREITA

PARALISIA DE III PAR À DIREITA

NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA

CID: clicar para informar o cid

PROCEDIMENTO:

HORAS EM OBSERVAÇÃO:

CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO ☐ ADMINISTRATIVA ☐ A PEDIDO

Dr(a).ANDRE LUIZ DE ARAUJO MENDES CRM: 26576 Data e Hora: 20/03/2019 09:07:34

### TERMO DE CONSENTIMENTO

AUTORIZO A FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA A REALIZAR O TRATAMENTO, CLÍNICO E/OU CIRÚRGICO, COM OU SEM EXAMES COMPLEMENTARES DEVIDO AO CARÁTER DE URGÊNCIA, COM TRANSPORTE PARA OUTRO SERVIÇO SE NECESSÁRIO.

NOME DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

DOCUMENTO/PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA

Nome: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Idade: 27 Anos, 10 Meses e 18 Dias

Nome Social:

Registro: 01978719

Atendimento: 03853933

Data e Hora do Atendimento: 20/03/19 08:33

Endereço: RUA JOAO NUNES, 10, CENTRO, BREJINHO

Mãe: IRACI DE SOUSA COSTA

Consulta Enfermeiro (a) / Classificação: MARIA ROZIVANIA F DA FONSECA Prioridade: LARANJA

Queixa Principal: PACT. RETORNA PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA EM - AO. LARANJA.

Alergia:

Observação:

**CONSULTA MÉDICA**

RETORNO - PARALISIA DE II + III PAR A DIREITA + NEUROPATIA OPTICA TRAUMATICA ?

RETORNA PARA DISCUSSÃO COM DRA LAURA SABINO

DRA LAURA NAO ANALISOU REFLEXOS EM ULTIMA CONSULTA DEVIDO AO PACIENTE ESTAR DILATADO (!!!)

PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO DIA 03/03/19. QUEIXA-SE DE BAV EM OLHO DIREITO E TRAZ ENCAMINHAMENTO COM DIAGNOSTICO DE FATURA EM BLOWOUT, CZO, OPN, MAXILA E PARASSINFISE MANDIBULAR A DIREITA.

RNM (15/03) COM ENFASE EM ORBITAS: O NERVO OPTICO NAO APRESENTA ALTERAÇÃO DE SINAL QUANDO COMARADO EM RELAÇÃO AO CONTRALATERAL.

EM 13/03:

RECEBO CASO PARA DISCUTIR COM DRA. LAURA SABINO QUE EXAMINA E ORIENTA:

- REFLEXOS AO FORAM AVALIADOS POR DRA. LAURA POIS PACIENTE ESTAVA DILATADO.

- TRAZ TC COM FRATURA DE PAREDE LATERAL, MEDIAL, INFERIOR E SUPERIOR, COM ENCARCERAMENTO DE MUSCULO RETO MEDIAL.

- ORIENTA REALIZAR ALBENDAZOL 400/DIA POR 3 DIAS + PREDNISONA 60MG/ DIAPOR 7 DIAS.

- RETORNO EM 7 DIAS PARA REAVALIAR

- VERSÕES: OD-2 RM/ -4 SUPERIOR/ -1 RL/ INFERIOR NORMAL. OE: SEM ALTERAÇÕES

OD: EDEMA BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR, ENOFTALMIA, CONJUNTIVA CALMA, CORNEA TRANSPARENTE, CAF, SEM RCA, FACICO

OE: CONJUNTIVA CALMA, CORNEA TRANSPARENTE, FLUOR NEG, CAF, SEM RCA, FACICO

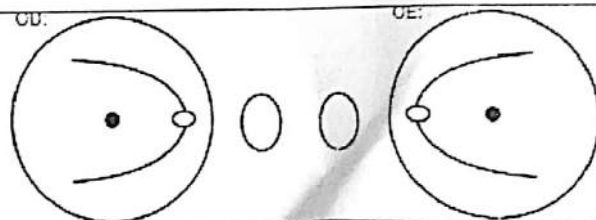
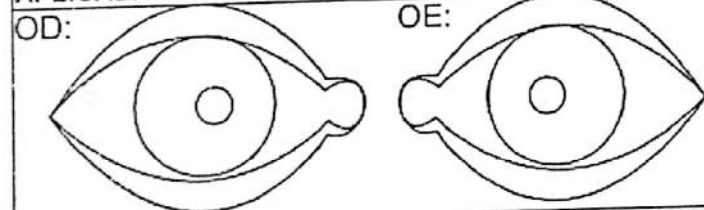
**MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO**

NÃO REALIZOU

< SELECIONE O REALIZOU

OD: 13/03: DOC E COM BORDOS BEM DELIMITADOS, EP 0,6, RETINA APLICADA EM POLO POSTERIOR, ALTERAÇÃO DO BRILHO MARCULAR BEM DISCRETO

OE: 13/03: DOC, EP 0,7, ANASALAMENTO DOS VASOS, MACULA APARENTEMENTE SEM ALTERAÇÕES. RETINA APLICADA 360°



AVL

TONOMETRIA

S/C ☒ C/PH ☐ C/C ☐

HORA:

OD: CD A 1M - MANTIDO

OE: 20/30

Exames: Gonioscopia ☐ / Outros (Reflexos/ Versões/ Reavaliação) ANISOCORIA D>E; REFLEXO FOTOMOTOR DIRETO OD 1/2+ E CONSENSUAL 2+; RFM DIRETO OE 4+/4+ E CONSENSUAL 1

Retirada de Corpo Estranho ☐ Retirada de Sutura ☐ Colocação Lente Contato Terapêutica ☐ Tubo Ahmed ☐  
PI por Yag Laser ☐ Ultrassom

CONDUTA: DR LAURA SABINO EXAMINA E ORIENTA: DAR CARTA AO CIRURGIAO BUCO MAXILO. LIBERANDO PACIENTE PARA CONDUTA ESPECÍFICA.

ORIENTO PACIENTE SOBRE PROGNÓSTICO VISUAL RESERVADO.

Nome: Helio Rômulo de Sousa Costa

Data: 31/11/19

Solicitante: Custódio Lima

Idade: 28 anos

Audiômetro: AD 2296

Queixa: de dificuldade auditiva

Imitanciômetro:                     

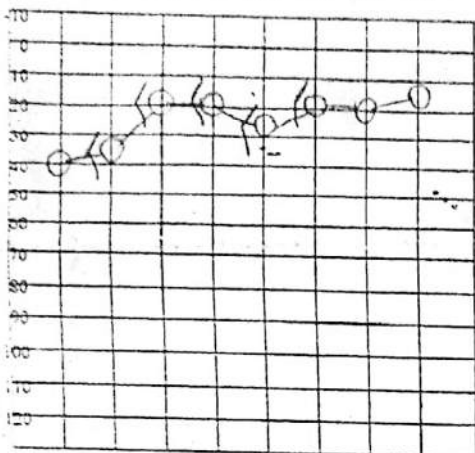
AUDIOGRAMA

OD

Frequência Hetz

250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000

Limites auditivos em dBNA (ANSI 1969)



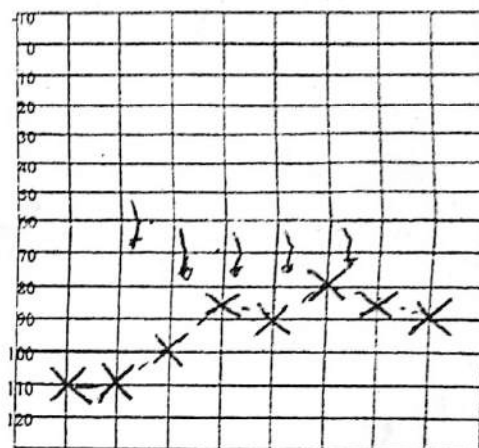
LEGENDA

TESTE	OD	OE
Aérea presente	O-O	X--X
Aérea ausente	♀	×
Óssea presente	<	>
Óssea ausente	↙	↘

OE

Frequência Hetz

250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000



RECONHECIMENTO DE FALA

MASCARAMENTO

TIMPANOGRAMA

OD

IPRF 50 cB Mono. 100 %

SRT 20 dB Dissil. — %

SDT — dB

OE

IPRF — dB Mono. — %

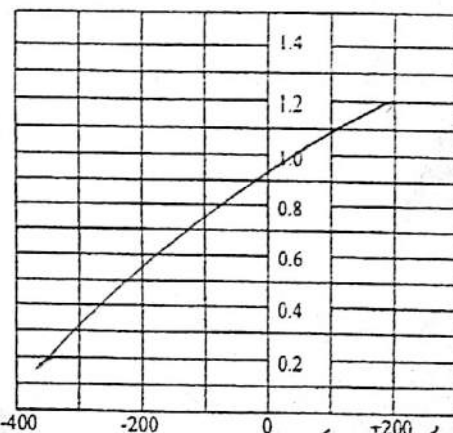
SRT — dB Dissil. — %

SDT 95 dB

	OD	OE
VA	<u>85 dB (NB)</u>	(NB)
VO	<u>90 dB (NB)</u>	(NB)
IPRF	<u>85 dB (SN)</u>	(SN)
SRT	<u>85 dB (SN)</u>	(SN)
SDT	(SN)	(SN)

WEBER

	500	1000	2000	4000	
D					E



REFLEXO ESTAPEDIANO ACÚSTICO

ORELHA DIREITA					ORELHA ESQUERDA				
Limiar	Reflexo Contra	Dif.	Reflexo Ipsi	Decay	Limiar	Reflexo Contra	Dif.	Reflexo Ipsi	Decay

Marcação dos reflexos pela via aferente

	OD	OE
Volume do CAE (ml)		
Complacência (ml)		
Pressão (daPa)		

RESULTADO / CONDUTA:

Perda auditiva sensorial unilateral de grau Profundo na OE. Audição normal na OD

Drª Heloísa Passos  
Audiologista  
CRF nº 90417



Nome: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Idade: 27 Anos, 10 Meses e 11 Dias

Nome Social:

Registro: 01978719

Atendimento: 03843180

Data e Hora do Atendimento: 13/03/19 08:31

Endereço: RUA JOAO NUNES, 10, CENTRO, BREJINHO

Mãe IRACI DE SOUSA COSTA

Consulta Enfermeiro (a) / Classificação: VIVIANE ANDREIA PEREIRA DE ARAUJO Prioridade: VERMELHO

Queixa Principal: TTO OD . RETORNA PARA REAVALIAÇÃO, CLASSIFICAR COMO VERMELHO.

Alergia:

Observação: PACT REFERE ESTAR EM JEJUM POR CONTA PRÓPRIA.

### CONSULTA MÉDICA

PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO DIA 03/03/19. QUEIXA-SE DE BAV EM OLHO DIREITO E TRAZ ENCAMINHAMENTO COM DIAGNOSTICO DE FATURA EM BLOWOUT, CZO, OPN, MAXILA E PARASSINFISE MANDIBULAR A DIREITA.

EM ULTIMA CONSULTA: DR FELIPE COSTA ORIENTA: ALTERAÇÕES DE REFLEXO ASSOCIADA A BAV APOS TRAUMA PODE SER SECUNDÁRIA A NEURITE ÓPTICA RETROBULBAR. SUGERE REALIZAÇÃO DE RNM COM ÊNFASE EM ORBITA + RETORNO 4ª FEIRA PARA AVALIAÇÃO POR DRA LAURA.

PACIENTE AINDA NÃO REALIZOU RNM COM ÊNFASE EM ORBITA.

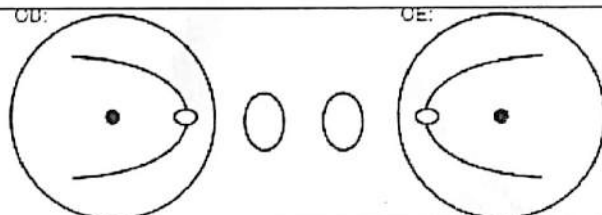
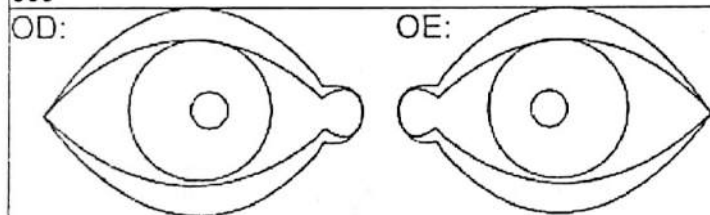
OD: EDEMA COM QUEMIOSE BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR, ENOFTALMIA, OFTALMO PARESIA, CONJUNTIVA ALGO HIPEREMIA, CORNEA TRANSPARENTE, CAF, RCA 2+, FACICO  
OE: CONJUNTIVA CALMA, CORNEA TRANSPARENTE, FLUOR NEG, CAF, SEM RCA, FACICO

### MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO

#### MAPEAMENTO DE RETINA < SELECIONE MAPEAMENTO DE RETINA

OD: DOC E COM BORDOS BEM DELIMITADOS, EP 0,6, RETINA APLICADA EM POLO POSTERIOR, ALTERAÇÃO DO BRILHO MARCULAR BEM DISCRETO

OE: DOC, EP 0,7, ANASALAMENTO DOS VASOS, MACULA APARENTEMENTE SEM ALTERAÇÕES. RETINA APLICADA 360°



### AVL

### TONOMETRIA

S/C ☒ C/PH ☐ C/C ☐

HORA:

OD: CD A 1M (ERACD 50CM)

OE: 20/30

OD:

OE:

Exames: Gonioscopia ☐ / Outros (Reflexos/ Versões/ Reavaliação) ANISOCORIA D>E; OD FOTOMOTOR DIRETO ABOLIDO A DIREITA E PRESERVADO A ESQUERDA; REFLEXO CONSENSUAL ABOLIDO BILATERALMENTE. LIMITAÇÃO A SUPRADUÇÃO EM OD.

Retirada de Corpo Estranho ☐ Retirada de Sutura ☐ Colocação Lente Contato Terapêutica ☐ Tubo Ahmed ☐  
PI por Yag Laser ☐ Ultrassom

CONDUTA: AGUARDAR AVALIAÇÃO COM DRA LAURA SABINO.

RECEBO CASO PARA DISCUTIR COM DRA. LAURA SABINO QUE EXAMINA E ORIENTA:

- REFLEXOS NÃO FORAM AVALIADOS POR DRA. LAURA POIS PACIENTE ESTAVA DILATADO.
- TRAZ TC COM FRATURA DE PAREDE LATERAL, MEDIAL, INFERIOR E SUPERIOR, COM ENCARCERAMENTO DE MÚSCULO RETO MEDIAL.
- ORIENTA REALIZAR ALBENDAZOL 400/DIA POR 3 DIAS + PREDNISONA 60MG/ DIAPOR 7 DIAS.
- RETORNO EM 7 DIAS PARA REAVALIAR
- VERSÕES: OD-2 RM/ -4 SUPERIOR/ -1 RL/ INFERIOR NORMAL. OE: SEM ALTERAÇÕES

### CONSULTA COM ESPECIALISTA:

DIAGNÓSTICO: FRATURA MÚLTIPLA DE ORBITA  
PARALISIA DE II PAR À DIREITA  
PARALISIA DE III PAR À DIREITA  
NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA

## ENCAMINHAMENTO

NOME: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

SOLICITO TESTE PARA APARELHO AUDITIVO, A MESMA  
APRESENTA PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL EM ORELHA  
ESQUERDA.

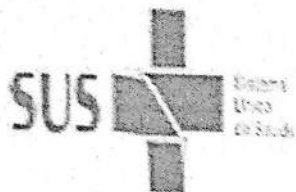
ENCAMINHO PACIENTE PARA O MENS SANA – ARCOVERDE.

Afogados da Ingazeira, 12/12/2019

Síntia Fernanda P. de S. Queiroz  
Enfermeira  
COREN-PE 287418

---

ASSINATURA E CARIMBO



**NOME: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA**  
**DATA: 12/12/2019**

## **LAUDO MÉDICO**

**DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE  
HÉLIO RÔMULO DE SOUSA COSTA É PORTADOR DE  
PERDA AUDITIVA UNILATERAL À ESQUERDA DE  
GRAU PROFUNDO APÓS ACIDENTE  
AUTOMOBILÍSTICO NO DIA 03/03/2019**

**CID: H90.1**

**Dr. Gustavo Lir**  
Médico-CRM 2387  
OTORRINOLARINGOLOGISTA

**Dr. Gustavo Lino**  
Médico-CRM 23807  
OTORRINOLARINGOLOGISTA

## ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

CID: clicar para informar o cid

PROCEDIMENTO:

HORAS EM OBSERVAÇÃO:

CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OBITO ☐ EVASÃO ☐ ADMINISTRATIVA ☐ A PEDIDO

Dr(a).PRISCILLA SILVA MACEDO CRM: 26603 Data e Hora: 13/03/2019 09:03:44

### TERMO DE CONSENTIMENTO

AUTORIZO A FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA A REALIZAR O TRATAMENTO, CLÍNICO E/OU CIRÚRGICO, COM OU SEM EXAMES COMPLEMENTARES, DEVIDO AO CARÁTER DE URGÊNCIA, COM TRANSPORTE PARA OUTRO SERVIÇO SE NECESSÁRIO.

NOME DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

DOCUMENTO/PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME  
JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
7092913 SDS PE

CPF DATA NASCIMENTO  
081.886.574-17 06/02/1989

FILIAÇÃO  
JOSE VALERIANO DE LIMA  
MARIA LUZINETE BATISTA  
DE LIMA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
04295047969

VALIDADE  
09/02/2023

1º HABILITAÇÃO  
15/02/2008

OBSERVAÇÕES

*Jose Otacilio Batista de Lima*

CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
PATOS, PB

DATA EMISSÃO  
05/03/2018

*Assinatura*  
Assinatura do Emissor

41615542015  
PB036270164

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1638550962

PROIBIDO PLASTIFICAR

1638550962

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1424910154

NOME  
HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
7817520 SDS PE

CPF DATA NASCIMENTO  
103.410.864-60 02/05/1991

FILIAÇÃO  
FRANCISCO JANUARIO DA  
COSTA  
IRACI GUEDES DE SOUSA  
COSTA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
05533619100 29/05/2022 06/07/2012

OBSERVAÇÕES

*Helio Romulo de Sousa Costa*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
AFOGADOS DA INGAZEIRA, PE

DATA EMISSÃO  
30/05/2017

*Charles Andrews Sousa Ribeiro*  
Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

94717748010  
PE079582540

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1424910154



CAGEPA

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA  
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC:ESTADUAL Nº 160572029  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20190828834445

ESCRITÓRIO

PATOS

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
02883444.5

MATRÍCULA

02883444.5

CLIENTE

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

CPF/CNPJ:

081.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO

29/08/2019

INSCRIÇÃO

075.010.405.0064.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA ANTONIO BARRETO, 41 - MONTE CASTELO PATOS PB 58707-180

FATURA

08/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

LIGADA

ÚLTIMOS CONSUMOS

07/2019 -	2	06/2019 -	2
05/2019 -	3	04/2019 -	2
03/2019 -	1	02/2019 -	2

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	2	R 5312

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	CONSUMO/DIA (M³)
52	54	2	31
16/07/2019	16/08/2019	NºHm: Y18F162170	0,07

CONSUMO

CONSUMO/DIA

(M³)

DIAS

(M³)

NºHm: Y18F162170

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

AGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE AGUA

2 M3

37,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ESGOTO

2 M3

30,33

ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 06/2019

1,36

JUROS DE MORA 06/2019

0,11

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 10,27

CONTA RETIFICADA

TOTAL

R\$

69,71

#CHEGADETRABALHOINFANTIL

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 07/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,99	Cor Aparente	8,80	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,70	P.H.	6,60	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 28/08/2019



CAGEPA

MATRÍCULA

02883444.5

INSCRIÇÃO

075.010.405.0064.000

FATURA

08/2019

NÃO RECEBER APÓS

31/08/2020

VENCIMENTO

29/08/2019

VALOR

R\$

69,71

GRUPO: 560

FIRMA: 2

CONTA RETIFICADA

82610000000-7 69710010075-2 02883444501-8 08201910003-9

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ OTACÍLIO BATISTA DE LIMA  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 081886574 / 17, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
MELIO ROMULO DE SOUZA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.410.864 / 60  
do sinistro de DPVAT cobertura INVAUPEZ da Vítima MELIO ROMULO DE SOUZA COSTA  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 103410-864 / 60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA ANTONIO BANETO</u>	Número: <u>41</u>	Complemento: <u>Cada.</u>
Bairro: <u>Monte Castelo</u>	Cidade: <u>Patos</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58707-180</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 99131-7273</u>

Local e Data: Patos, 10 de setembro

José Otacilio Batista de Lima.  
Assinatura do Declarante