



1º Fatura Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Pernambuco
Av. J. do Barroso, 111, Bos. Vista, Recife - PE. CEP: 50030-902
CNPJ 10.835.932/0001-83 | Inscrição Est. 0003543-33 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
IRACI GUEDES DE SUSSA COSTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO ALVES LIMA, 30

CPF: 631.768.564-40

ESTOQUE DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO ALVES LIMA 36

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CENTRO/BREJINHO
BREJINHO PE
58740-000

070741502	UNICA	10/09/2019
10/09/2019	202006092	467991

CONTA CREDITO
4002173234 **NEVADA**
DATA DE SERVICO **09/2019**
17/09/2019 **DATA DE VENCIMENTO** **11/10/2019**
TOTAL A PAGAR **136,63**

ESPECIFICAÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alíva (V191)	144,000000	0,77952320	112,34
Achismos Bandeira VERMELHA			8,12
Contrib. Imp. P/íblico Município			11,42
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 (IGPM-NF 089030578- 10/07/19			0,52
TOTAL DA FATURA			136,83

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								138,03	
NP00 MEDEIR 40195946	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANT. POR DATA (09-05-2013)	LEITURA 15.617,00	DATA ATUAL 10-09-2013	LEITURA 15.761,00	Nº DE DIAS 32	CONSTANTE 1,0000	ARISTE	CONSUMO (KWH) 144,00

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO.

ESTATE PLANNING, DEBTOS EXISTENTES, CAUSA DE AÇÃO

Este comunicado só é válido para os titulares e não contém dados específicos. Caso o seu nome não conste no documento, entre em contato com o gerente do contrato, podendo também fazer uma consulta no site da ABT (61 3449-1100). Fique atento ao seu e-mail, pois pode ser que o seu nome esteja na lista de pessoas que não receberam o comunicado.

Distribuição da Frequência das Diferenças (%)					
SÃO PAULO CÓDIGO	VALOR	LEIAUT	LEIAUT TRIMESTRAL	ESPERA ANUAL	
0	0,00	5,70	11,60	23,16	
1	0,00	3,26	6,72	13,45	
2	0,00	3,27	0,00	0,00	
LINHA DE CÁLCULO	12,22	EUSO - Valor do Encargo de uso do Sistema de Distribuição			

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	CROTE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

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: **303410864-60** 3 - CPF da vítima: **303410864-60** 4 - Nome completo da vítima: **Helio Romulo de Souza 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: **Helio Romulo de Souza Costa** 6 - CPF: **303410864-60**

 7 - Profissão: **Recreio.** 8 - Endereço: **Rua Antonio Alves Uva** 9 - Número: **30** 10 - Complemento: **CASA**

 11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Bretesinhos** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56740-000**

 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): **(83) 93131-7273**

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 R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 SEM RENDA R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 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)

AGÊNCIA: **1206** CONTA: **30885** (Informar o dígito se existir) **0** (Informar o dígito se existir) **0** (Informar o dígito se existir) **0** (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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer): Sim Não 31 - Vítima 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, **Bretesinhos-PB, 30 DE NOVEMBRO DE 2015.**

Helio Romulo de Souza Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: **303410864-60** 3 - CPF da vítima: **303410864-60** 4 - Nome completo da vítima: **Helio Romulo de Souza 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: **Helio Romulo de Souza Costa** 6 - CPF: **303410864-60**

 7 - Profissão: **Recreio.** 8 - Endereço: **Rua Antonio Alves Uva** 9 - Número: **30** 10 - Complemento: **CASA**

 11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Bretesinhos** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56740-000**

 15 - E-mail: **16 - Tel.(DDD): (83) 93131-7273**

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 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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)

AGÊNCIA: **1206** CONTA: **30885** (Informar o dígito se existir) **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer): Sim Não 31 - Vítima 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, **Bretesinhos-PB, 30 DE NOVEMBRO DE 2015.**

Helio Romulo de Souza Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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 N.º 19E0264000303

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

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

Fato ocorrido no endereço: **SITIO LAGGINHA - BREJINHO/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BREJINHO, 661 - 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:

VEICULO: (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** Mão: **IRACI GUEDES DE SOUZA** Pai: **FRANCISCO JANUARIO DA COSTA** Data de Nascimento: **2/6/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA ANTONIO ALVES DE LIMA - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BREJINHO, 38 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **DESCONHECIDO**
Data de Nascimento: **1/1/2000** Naturalidade: **BREJINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: - **BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BREJINHO, 661 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

RODRIGO LOPES DA COSTA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **GIVANILDA LOPES DA COSTA** Pai: **REGINALDO FRANCISCO DA COSTA** Data de Nascimento: **11/12/1994** Naturalidade: **BREJINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA JOÃO NUNES - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BREJINHO, 178 - CEP: 56000-000 - 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 ATÉ A DP 174 E INFORMOU QUE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO NO SITIO LAGOINHA MUNICIPIO DE BREJINHO, EM MARÇO, QUE DECORRENTE DESTE ACIDENTE SOFREU UMA PERDA AUDITIVA E NA VISÃO PASSANDO POR PROCEDIMENTOS CIRURGICOS, CONFORME CONSTA EM LAUDO MÉDICO, QUE O ACIDENTE SUPRACITADO OCORREU EM UMA MOTO HONDA CG 150 FAN ESDI, DE COR PRATA FABRICACAO 2018 DE PLACA PEH-3361 CHASSI 9C2MC1580BR302621 SENDO O PROPRIETARIO DO VEICULO, JOÃO PAULO BATISTA, QUE FOI SOCORRIDO POR TECEIROS 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(na) esta unidade policial

Helio Romulo de Souza Costa

HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA

(VITIMA)

Rodrigo Lopes da Costa
RODRIGO LOPES DA COSTA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **MARIANA DE MEDEIROS FARIA** - Matrícula: 3374788



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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,



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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 AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

Nº Documento: 20190828834445

ESCRITÓRIO

PATOS

SEGUNDA VIA

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	CONSUMO	CONSUMO/DIA
ANTERIOR	ATUAL	(M ³)
52	54	2
16/07/2019	16/08/2019	NºHm: Y18F162170
		31 0,07

Descrição dos serviços e tarifas

Consumo por faixa

Valor R\$

AGUA
 RESIDENCIAL 001 UNIDADE
 CONSUMO DE AGUA
 ESGOTO
 RESIDENCIAL 001 UNIDADE
 CONSUMO DE ESGOTO
 ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 06/2019
 JUROS DE MORA 06/2019

2 M3 37,91
 2 M3 30,33
 1,36
 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

MATRÍCULA
02883444.5INSCRIÇÃO
075.010.405.0064.000FATURA
08/2019NÃO 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 Recurso, profissão Recurso Endereço Rua Antonio Alves Lima, 30 bairro centro cidade de Brejinho - PE, CEP nº 56740-000.

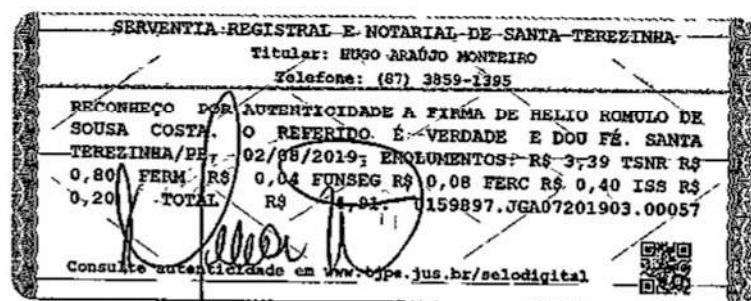
OUTORGADO: **JOSÉ OTACILIO BATISTA DE LIMA**, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG 7092913 SDS/PE e CPF nº 081.886.574-17, Endereço Rua Antônio Barreto,41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB. CEP 58707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

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 referenteao 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 fie 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 03 103 120/9, cobertura solicitada: ()Invalidez Permanente ()DAMS ()Morte

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

Helio Romulo de Sousa costa
OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461364/19

Vítima: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

CPF: 103.410.864-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2019

Titular do CPF: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

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

Valorização 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

Valorização 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): **HELIOS 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 EVIDENCIAMOS 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 NEUROPATHIA ÓPTICA TRAUMÁTICA, EDEMA BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR DIREITA, ENOPTALMIA, 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 crânio 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 () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):
Estruturas crânio faciais
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):
Ouvido esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 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
TEOT 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 PNEUMOENCÉFALO.

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 NEUROPATHIA 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 crânio 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 PNEUMOENCÉFALO.

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 EVIDENCIAMOS 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:

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

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	280736452	*****	2019
NOME			
JOAO PAULO BATISTA			
BREJINHO-PE			
CHASSI		PLACA	EXERCÍCIO
104.554.314-42		PER0361	2019
PLACA ANT / UF		CHASSI	DATA EMISSÃO
*****-PE		9C2RC1680BR302621	28/01/19
ESPECIE/TIPO		COMBUSTÍVEL	EXERCÍCIO
PAS /MOTOCICLETA		ALCO/GASOL	2019
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG150 FAN ESDT		2010	2011
CAP	POT / CIL	CATEGORIA	CÓD PREDOMINANTE
2P	149CL	PARTIC	PRATA
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
I	IPVA 2019 QUITADO	1º *****	2º *****
P	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	3º *****
V	1	*****	*****
A			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	25/01/19
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
LOC	DATA		
2019/01/28	28/01/19		

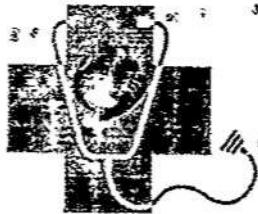
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PE Nº 014487237722 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOAO PAULO BATISTA
RUA SAO SEBASTIAO 98
CASA CENTRO BREJINHO-PE 56740-000
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	104.554.314-42	PER0361
RENAVAM	MARCA / MODELO	EXERCÍCIO
280736452	HONDA/CG150 FAN ESDT	2019
ANO FAB.	CAT. TAB.	INT. CHASSI
2010	09	9C2RC1680BR302621
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNB (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.06
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4.15	0.32	94.58
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
		25/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.249.609/0001-04

DESTE NÃO É GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELA NÃO É DE PÔRTE OBRIGATÓRIO.



DECLARAÇÃO

Eu, Mauricio Cristian Santos Leite, brasileiro, natural de Brejinho – PE, portador do RG.: 8258144 DECLARO, para os devidos fins de dircito. que Hélio Rômulo de Sousa Costa, 28 anos, deu entrada nesta unidade hospitalar – Hospital Clotilde 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

SEM SUS

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS	Unidade: 1010111	Instituto Municipal de Trânsito			Data: 03-03-19
PACIENTE	Nome: Hélio Romulo de Souza Costa			Nº da Ocorrência: J29	
	Residência: Rua Antônio Pires de Lima nº 82 B. Centro			Telefone: 011-5111-1111	
RESPONSÁVEL	Nome: Inácio Guedes de Souza Costa			Residência: #	
				Telefone: 87991297566	
CONDIÇÃO	PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS	Carpinteiro	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	02/05/1991	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> RG UF	NÚMERO: 7.817.520 D.O.S. P.G.C ÓRGÃO EMISSOR
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> OUTROS	SAÍDA	CHEGADA 21:48 SAÍDA	H. MIN.	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> CASO POLICIAL: 100010000
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA	Exames Complementares	
MÁX:	MIN:		AXILIAR:	Rx do Braço AP e Perfil Hematograma OK	
Causa Provável da Lesão: Queixa-Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas					
<p>Fracasso de vidro de Redondo de Mola sofrendo fratura no pole e o forcado na calha de direção e tornozelo direito. Abaixo e suspeita de contusão na costela direita.</p>					
Destino DaSaúde Paciente		Tratamento			
<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado	Rx do Braço AP e Perfil Hematograma OK			
Encaminhado					
<p>10.589.207.0010-24 HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO AV. MARQUES DE SAUZEAU, 1000-00000 PESSOA DE SAUZEAU, PE-1 Aeroporto de São Paulo H. Min. do</p>					
Dia _____					
Encaminhado ao IML ()					
Impressão Diagnóstica					
<p>Fracasso de vidro e o forcado na calha de direção e tornozelo direito.</p>					
Licença Concedida					
<p>Dr. Fernando Neto 10/03/2012 CRM-SP 7812 CRM-EC 4355 CRF-SP 227.144.322-44</p>					
Assinatura: _____ CRM/SP					

Definição de caso: Vítima de Acidente de Transporte Terrestre (ATT) atendida em serviço de saúde sentinelas. 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 sentinelas 2. Data do atendimento _____ / _____ / _____			
	3. Número de registro / Prontuário _____			
Dados de Identificação da Vítima	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 <input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/> 99. Ignorado		11. Gênero <input type="checkbox"/> 1. Cis <input type="checkbox"/> 2. Transexual Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 99. Ignorado <input type="checkbox"/> 3. Transexual Fem.	12. Data de nascimento _____ / _____ / _____
	13. Idade <input type="checkbox"/> 1. Dia <input type="checkbox"/> 2. Mês <input type="checkbox"/> 3. Ano		14. Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input checked="" type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 99. Ignorado	15. Ocupações relacionadas ao setor de transporte <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input checked="" type="checkbox"/> 99. Ignorado
	16. Natureza da ocupação relacionada ao setor de transporte: <input type="checkbox"/> 1. Motorista de carro de passeio <input type="checkbox"/> 2. Motorista de táxi <input type="checkbox"/> 3. Motorista de ônibus / similar <input type="checkbox"/> 4. Motorista de caminhão <input type="checkbox"/> 5. Motorista ('Motoboy') <input type="checkbox"/> 6. Condutor de veículo de tração animal <input type="checkbox"/> 7. Condutor de veículo a pedais <input type="checkbox"/> 8. Mototaxista <input type="checkbox"/> 99. Ignorado			
	17. Ocupação não relacionada ao setor de transporte: _____			
	18. Meio de locomoção da vítima ao chegar na unidade sentinelas: <input type="checkbox"/> 1. Veículo particular <input type="checkbox"/> 2. Viatura policial <input type="checkbox"/> 3. SAMU <input type="checkbox"/> 4. Resgate / Bombeiro <input checked="" type="checkbox"/> 5. Ambulância <input type="checkbox"/> 6. Coletivo <input type="checkbox"/> 7. A pé <input type="checkbox"/> 88. Não se aplica <input type="checkbox"/> 99. Ignorado			
	19. Condições de vítima ao chegar na unidade sentinelas: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Consciente <input checked="" type="checkbox"/> 2. Incônciente <input type="checkbox"/> 3. Morto <input type="checkbox"/> 77. Outros			
	20. Data do acidente 03/03/19 _____ 21. Hora do acidente 21 : 00 22. Zona de ocorrência <input type="checkbox"/> 1. Urbana <input checked="" type="checkbox"/> 2. Rural <input type="checkbox"/> 99. Ignorado			
	23. Município de ocorrência _____			
	24. Bairro: <i>Sítio Boa Vista</i> 25. Logradouro (Rua, Avenida, Travessa, Km da Br, etc...) 26. Nº _____			
	27. Ponto de referência: <i>Av. Mandi Vila 2000 - KM 01</i> 28. Ponto de referência: <i>220 - 56.800-000</i>			
	29. Tipo de Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1. Condutor <input type="checkbox"/> 2. Pedestre <input type="checkbox"/> 3. Passageiro <input type="checkbox"/> 4. Pessoa conduzida em local inadequado <input type="checkbox"/> 99. Ignorado			
	30. Meio de locomoção de vítima no momento do acidente: <input type="checkbox"/> 1. A pé <input checked="" type="checkbox"/> 3. Motociclista <input type="checkbox"/> 5. ônibus/Similar <input type="checkbox"/> 7. Ambulância/SAMU/Resgate <input type="checkbox"/> 9. Trem/Metrô <input type="checkbox"/> 2. Automóvel <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input type="checkbox"/> 6. Veículo Pesado <input type="checkbox"/> 8. Veículo de tração animal/Animal montado <input type="checkbox"/> 99. Ignorado			
	31. Natureza do acidente <input checked="" type="checkbox"/> 1. Colisão/Abalroamento <input type="checkbox"/> 3. Tombamento ou Capotamento <input type="checkbox"/> 5. Choque com objeto fixo <input type="checkbox"/> 99. Ignorado <input type="checkbox"/> 2. Atropelamento <input type="checkbox"/> 4. Queda em/do veículo <input type="checkbox"/> 6. Outro _____			

Numero do Reg

Atendimento: 1394104 Pronuário: 1669469
Paciente: HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA
Nome Mãe: IRACI GUEDES DE SOUSA COSTA
End: RUA ANTONIO ALVES DE LIMA
Bairro: CENTRO Cidade: BREJINHO
Nascimento: 02/05/1991
Localização: BUC. MAX. FAC. OFT. ALA N-6A
Leito: +24HS Serviço: NEUROCIRURGIA
Data e Hora Atendimento: 04/03/2019 08:15

Nº 82
PE

AURAL
SINÉTICA
NÃO
NÃO

OK
muita an

PIQUETA

l de Entrada: EMERGENCIA GERAL

139-XXXX

04/03/2019 08:12

MINI
TÉCNICO

Atendimento Manual:

PROTESE

Sexo: MASCULINO

Cod. Paciente: 1669469 Paciente: HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA

Data de nascimento: 02/05/1991 Idade: 27a 10m 2d

Acompanhante: IRANILDO DE SOUSA

Estado Civil: SOLTEIRO
DOC ID / Data expedição
7817520

Profissão:
Mãe: IRACI GUEDES DE SOUSA COSTA
Pai: FRANCISCO JANUARIO DA COSTA

0719.9129-7566

Endereço: RUA ANTONIO ALVES DE LIMA
Bairro: CENTRO
Cidade: BREJINHO

Cartão SUS:

Numero 81

Complemento:

UF: PE Telefone: 91297566

Ocorrências:

25103 - Pádor env. pelo esposo Roberto da Costa

livo do atendimento: QUEDA DE MOTO

lcedência: OUTRO HOSPITAL 05/03/19 - De volta ao hospital (ferimento)

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: Bento condenado Fones: 111407

Confirmação de endereço: Rua 26 de Maio nº 1000 bairro: Centro

Providências: Alta Caso Social 150319

Encaminhamentos: Rede de Apoio GPCA Cons. Tutelar Delegacias Minist. Publico

Outros

Observação: 15/03/19 - paciente orientado sobre o

Brasão DPVAT.

Assistente Social

Assistente Social U.S. Banda

Assistente Social Cidadão Cidadão



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 HR Convênio: SUS Cidade: Recife

Nome do Paciente: Nelio Romulo de Souza Costa Data da Cirurgia: 25/03/19

Médico: M. Belmio Membro Operado: 7006

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
3 placas 3,5 mm		3	
1 tacho		1	
Prof. Dr. J. Vancorantes Cirurgião Plástico FRCR LEO 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:

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

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

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

ATT 04/03/19

NEPI

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

MARIA JULIA NUNES - COREN: 312395 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA (MUITO URGENTE)

Cor: LARANJA

Queixa Principal: VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 12 H, ESTAVA SEM CAPACETE E ALCOOLIZADO, APRESENTA CORTE EM SUPERCILIO 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

NCRE

10:00h

Solicito TAC de face e reconstruções 3D
para auxiliar operação em região orbital.
TAC de crânio negatada (04/03/19):
Pneumoencefálico.

ddr: *J. Paula Favares*

NCE

04/03/19 10:00h

MD: TCC 100% / ORNAMENTAL

P de canto 30cm 6cm 1,5cm / 10cm de altura

GCS: 15, P: P2

CN: ① VZ: NUNCA

② SA: NUNCA

Luz Exigida Simples
Nelubrificante: 56.400

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

Data Impressão: 04/03/2019 08:07

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : <i>Helis Raulo de Souza este</i>	Nº do Registro : <i>1394035</i>	
Clínica : <i>Bmf</i>	Nº do Leito : <i>606-05</i>	
Operador : <i>D. Belmio</i>		
1º Assistente : <i>me amanda</i>	2º Assistente : <i>me Rose</i>	
Instrumentador : <i>me jessie</i>	Anestesista : <i>me Imane</i>	
Anestesia : <i>gol</i>	Duração :	
Data da Operação : <i>25/03/19</i>	Inicio : <i>14:00 h</i>	Fim : <i>16.50 h</i>

Diagnóstico Pré-Operatório : *interv. complexa do teto e rebordo do foco*

Diagnóstico Pós-Operatório : *pronto*

Operação Proposta : *interv. complexa do teto rebordo de foco + menor e négativo + teto, rebordo e arco + desapêndio + remoção de granuloma + remoção de*

Operação Realizada : *1 menor abertura*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

① paciente sob ODH ② Drogas t. Antisséptico local específico ③ Análisis descanos operatórios ④ infiltración con anestesia contínua 600 mg carbíteo ⑤ nexo sup. orbitario + alas supra orbitaria + descanos menton. etc. + utilização de 3 pinças de 1,5 mm + 1 tela ⑥ Ligar os cascos com S e 2 g. ⑦ suturas no plano ⑧ paciente rego extubado na 5 F

Dra. JÓSSICA CUNHA
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCO-MAXILAR-FACIAL
Residente HRI/UFPE
CRMPE 12844

Prof. Eng. Eng. Eng. Eng.
Cirurgião Dentista
CRM-3105

FICHA DE ANESTESIA

Data

21/03/11

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

HELILOU RONIVILDI DIE SOUZA COSTA

Sexo

M

Cor

3

Idade

27

Risco

II

CRM

Nome do Anestesista

161820

Nome do Cirurgião

EBELMIRO VASCONCELOS

Medicação Pré-anestésica

Dex 1669469

Urgência

Não

Sim

Cirurgia

Fractura complexa de teca metia de face, fixada cirurgica (3020720-3) +
Osteosíntese dos ossos zigomáticos (3020720-4) (Descompressão de órbita 303020)

Hora

14:00

Reconstrução dos ossos orbitários (303020-2)

Drogas Usadas

Quantidade

O₂

N₂O

Seus

Líquidos

CO₂

ECO₂

ECG

SpO₂

BP

RR

AT

Temp

HR

SpO₂

AT

RR

HR

SpO₂

AT

HR400m

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE:

Idade: 27

SEXO: MULHER

REGISTRO:

13164635

SETOR DE PROCEDIMENTO:

Clínica 606-01

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGÃO:

DR. Colmano

ANESTESISTA:

DR. G. Lamentine

1-AUXILIAR:

DR. Paula Vilela

AUXILIAR:

DR. J. S. S.

INSTRUMENTADOR:

ENFERMEIRA:

Suzana

CIRCIANTE:

Abigail Dias

2-DADOS DA CIRURGIA

CIRURGIA: F-rot. colo p. 1/3 media, 710 min. INICIO: 14:15 TÉRMINO: 16:30
TIPO DE ANESTESIA: Geral INICIO: 14:00 TÉRMINO: 17:10

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE () NÍVEL DE DONS CÍVICO: CONSCIENTE () ORIENTADO () SONOLÉNTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()

RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA PULSO: RA:

PELE: INTEGRA () LESIONADA () DIURESE: ESPONTÂNEA () SÓNDA () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALÉRGIA: PERTENÇE:

PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SÍMBOLO CIRÚRGICO: SÍM () NÃO () PROTESE DENTÁRIA: SÍM () NÃO ()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSIÇÃO: POWLES () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () GINECOLÓGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SÍM () NÃO () LOCAL DE PLÁCA CIRÚRGICA: COTA: 35

CONTAGEM DE COMPRESSAS: INÍCIO: OK FINAL: OK CONTROLE DE PERÍFÓRUS: FIO AGÜILHADO: INÍCIO: FIM:

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SÍM () NÃO () QUÁL: Cefazolín HORA:

PREENCHEU COTA: SÍM () NÃO ()

GARROTEAMENTO: SÍM () NÃO () TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: FINAL:

CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: OK CONFERIDO POR: OK HORA:

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR () OXÍMETRO () CÁPILOGRAFO () PNI () ASPIRADOR MONTADO () MANTA TERMICA () AP.VIDEO () TORPEDO DE NITRÓGENIO () TORPEDO DE CO₂ () BISTURI ELÉTRICO () MÍCOSCOPIO () CAVITRÔN () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIPRIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATÔMOS () BISTURI ULTRASSÔNICO ()

INSTRUMENTAIS CONSEGUNDAOS SÍM () NÃO ()

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SÍM () NÃO () NOME DA PEÇA: MATERIAL:
SOLUÇÃO: IDENTIFICADO POR:

CULTURA: SÍM () NÃO () EXAMES LABORATORIAIS: SÍM () NÃO () GASOMETRIA: SÍM () NÃO () RX: SÍM () NÃO ()

606-01

H.R.
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO40 anos
REGISTRO 109031HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
PACIENTE

LACAO DE MATERIAIS USADOS

URGIA

CIRURGIA no Ocular - Olho direito - 13 nódulos 21/03/96

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICACAO	QUANT.	MEDICACAO
1	Aguilha 25x07	1	Fio protene s/a	1	Adrenalinha	1	Agua destilada 10ml	1	Metoclopramida (plasil)	1	Naloxona (narcan)
12	Aguilha 40x12	1	Fio de seda	1	Alcurônio	1	Aluronila (rapifen)	1	Neostigmine	1	Pancurônio
1	Aguilha 13x4	1	Fio simples	1	Antibiótico	1	Atropina	1	Pomada oftalmica	1	Propofol 204ml
1	Aguilha de bloqueio ()	1	Fio simples	1	Antibiótico	1	Bicarbonato de sódio	1	Ranitidina	1	Rocuronio (esmeron)
1	Alad. Crepe	10	Gaze	1	Atropina	100	Cedilanide	100	Sevorane	1	Soro fisiológico
1	Alad. Gessada	1	Hemostático	1	Cetopropofeno	1	Cetopropofeno	1	Soro fisiológico	1	Soro fisiológico
1	Capa microscópico	1	Lâmina bisturi nº ()	1	Decadron	1	Dexametasona	1	Soro glicosado	1	Soro Ringer 500ml
1	Capa de video	1	Luva cirúrgica nº 7.0	1	Diazepam	1	Diazepam	1	Suxametônio (quelicin)	1	Tracrium
1	Capa Subclávia	1	Luva cirúrgica nº 7.5	1	Dipirona	1	Dipirona	1	Vitamina C	1	Vitamina K
1	Cat. venopuncção nº	20	Luva cirúrgica nº 8.0	1	Dopamina	1	Dormonid	1	Xilocalina C/A 20ml	1	Xilocalina S/A
1	Cat. de oxigênio	1	Luva de procedimento POU	1	Fentanil	1	Fentanil	1	Xilocalina 2ml	1	Xilocalina geléia
1	Cera abssea	1	Seringa Insulina () 5cc (2)	1	Furosemida (lasix)	1	Gelafundin	1	Microneedle 4.0	1	Microneedle 5.0
1	Códeira líquida fechado ()	1	Seringa Insulina () 5cc (2)	1	Enflurano	1	Glicose 10ml	1	Manitol	1	Manioscapy 5.0
1	Compresa cirúrgica ()	12	Seringa 10cc (6) 20cc (6)	1	Enflurano	1	Gluconato de sódio	1	Meperidina (Dolantina)	1	
1	Conexão 2 vias	1	Sistema de drenagem () ()	1	Fenitoina (hidantoina)	1	Hidrocortisona	1		1	
1	Eletrodo	1	Sonda endotracheal ()	1	Fenitoina (hidantoina)	1	Hepatina	1		1	
1	Eq. De boníba	1	Sonda de foley nº ()	1	Fentanil	1	Hipnotídate	1		1	
1	Eq. Desom.	1	Sonda nosogástrica nº ()	1	Furosemida (lasix)	1	Isosulfurano	1		1	
1	Fio comido	10	Sonda uretral nº ()	1	Gelafundin	1	Isosulfurano	1		1	
7	Fio comido	10	Tomeira de 3 vias	1	Glicose 10ml	1	Lactexat (flumazinil)	1		1	
1	Fio de aço	1	Vidro de aspiração	1	Gluconato de sódio	1	Manitol	1		1	
1	Fio de algodão s/a	1	vidro () ()	1	Hepatina	1		1		1	
1	Fio de algodão c/a	1	enxoval () ()	1	Hidrocortisona	1		1		1	
1	Fio de algodão s/a	1	enxoval () ()	1	Hipnotídate	1		1		1	
1	Fio de nylon	1	enxoval () ()	1	Isosulfurano	1		1		1	
1	Fio de nylon	1	enxoval () ()	1	Lactexat (flumazinil)	1		1		1	
1	Fio protene s/a	1	enxoval () ()	1	Manitol	1		1		1	
1	Fio protene c/a	1	enxoval () ()	1	Meperidina (Dolantina)	1		1		1	



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 - N° 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 Orânia s/ contraste

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Orléans 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

TCE breve

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Leonardo Lima
Urologista TSB1
CRM 13870

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/03/19

25 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

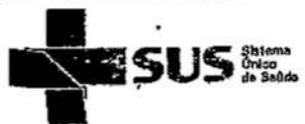
AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 / 1

DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (N° 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 <i>Wells, Raul > 16y</i>	6 - N° DO PRONTUÁRIO
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 <i>Ampliação de cílios</i>	14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE <i>100</i>
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE <i>100</i>
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>Assentamento de cílios</i>	18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE <i>100</i>
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE <i>100</i>
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>Assentamento de cílios</i>	22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE <i>100</i>

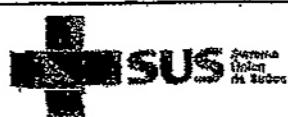
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

+ CG

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	PROFISSIONAL SOLICITANTE	24 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>12/10/17</i>
25 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	26 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO)	

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1 / 1</i>
29 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	30 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO)



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



606.1

Identificação do Estabelecimento de Saúde1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração2 - CNES
00006553 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HR

4 - CNES

Identificação do Paciente5 - NOME DO PACIENTE
Alvaro Domingos de Souza Pinto6 - N.º DO BRONTOUÁRIO
1394104

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
02/05/19079 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Donna Gracil, da Juazeiro

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
Reabilitação + 3D

14 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

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**Justificativa****26/03/19**23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Dr. Deodato Francisco Júnior24 - DATA DA SOLICITAÇÃO
25/03/1925 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Dr. Deodato Francisco Júnior26 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO E CONSELHO)
Dr. Deodato Francisco Júnior

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
25/03/19

29 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO E CONSELHO)

Nome:	HELIOS 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

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:	HELIOS 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

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:



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 medio de face (OPN, CZO (D), blow out (D) + maxila, TCE - pneumoencefalo e parassefrose de crânio (queda de moto) (D))

Tratamento realizado:

Trat. cirúrgico de fratura complexa de terço medio de face + fixação cirúrgica + osteoplastia do arco zigomático + descompressão de sáritas + reconstrução de paredes orbitárias. em 25-03-2019

PNM de gâbris. Exames complementares.

Obs. Trat. de aporte clínico.

Antibioticos: Enc. P/ FAR

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

Frederick

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 <small>GOVERNO DO ESTADO</small>	
Paciente:	Registro:
Helio Rômulo de Siqueira	
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:

Lenda de Consulta

Paciente vítima de
acidente metacartílio
dia 04/03/19 engajado
com patina em C20(D),
OPN, paroxysmico (D), move-
mento (D). Ja submetido a
procedimento cirúrgico pra
remoção e fixação da
patina.

Sigue a evolução
ambulatorial. Alterado
para usar nos exercícios
elétricos após completa 3
semanas.

Data: 22/05/19	Ass. Garimbo/Médico/CREMEPE Sergio Viana
----------------	---

CE-27000-0340

**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. Arialdo U. Netto
NEUROCIRURGIA
CRMPE: 21.405

MÉDICO DE 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

C|D:

Atendimento: 03835669

Olho único: MM:

CD:

OD OE

- | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1- Angiografia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17- Siriús/Pentacam e Galilei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- Retinografia | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 18- Fotografia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- Retcam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| OCT | | | | | |
| 4.1- Papila | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19- Laser Retiniano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2- Mácula | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 19.1- Focal Grid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3- Córnea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19.2- Panfoto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.1- Ultrassonografia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19.3- Periferia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2- USG Simples
(Catarata/Cornea) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19.4- Setorial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6- PAM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20- Yag-Laser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7- Biometria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20.1- Iridotomia Periférica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8- Microscopia Especular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20.2- Capsulotomia Posterior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9- Topografia Corneana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Outros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10- Paquimetria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21- Glicemia de Jejum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11- Campimetria 30-2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22- Hb A1C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12- Campimetria 24-2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23- Hemograma completo com contagem de Plaquetas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13- Campimetria 10-2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24- TPAE com INR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14- Campimetria FDT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25- TS, TC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15- CTD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26- HGT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16- Mapeamento de Retina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27- Parecer Cardiológico c/Risco Cirúrgico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 28- PVE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RETORNO

Ambulatório de Volta: R2 / C2

Especialista;

AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> CATARATA (POLO) | <input type="checkbox"/> CER - RETRAÇÃO 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 - ESTIMULACAO VISUAL CAT. | <input type="checkbox"/> VOLTA PROJETO GLAUCOMA | <input type="checkbox"/> TUMOR ANTERIOR |
| CONGENITA | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA CIRÚRGICO | <input type="checkbox"/> TUMOR POSTERIOR |
| <input type="checkbox"/> CER - ESTRABISMO | <input type="checkbox"/> NEUROFTALMO | <input type="checkbox"/> UVEÍTE |
| <input type="checkbox"/> CER - NEUROPEDIATRIA | <input type="checkbox"/> PLÁSTICA OCULAR | <input type="checkbox"/> TROCA DE LENTE TERAPEUTICA |
| <input type="checkbox"/> CER - OFTALMOPEDIATRIA | <input type="checkbox"/> REFRAÇÃO | <input type="checkbox"/> LENTE DE CONTATO |
| <input type="checkbox"/> CER - BAIXA VISÃO | <input type="checkbox"/> AMB. PTERIGIO (JABOATÃO) | <input checked="" type="checkbox"/> SEM RETORNO NO MOMENTO |

Observação:

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

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

AO CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIÁL

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

ATENCIOSAMENTE

André Luiz de A. Mendes Recife, 20/03/2019
Médico
CRM-PE 26.578

Prestador: ANDRE LUIZ DE ARAUJO MENDES
CRM-26576

ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

07/03/19

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.

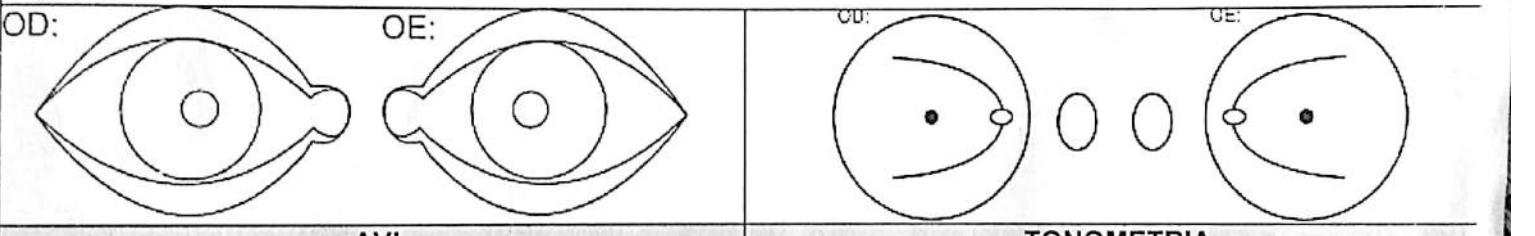
PACIENTE APRESENTANDO RINORREIA, NAUSEA E MAL ESTAR DURANTE EXAME

OD: EDEMA COM QUEMIOSE BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR, ENOFTALMIA, E OFTALMOPLEGIA, CONJUNTIVA ALGO HIPEREMIADA, 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 < SELEÇÃO> MAPEAMENTO DE RETINA
OD: DOC E COM BORDOS BEM DELIMITADOS, EP 0,4, RETINA APLICADA EM POLO POSTERIOR, ALTERAÇÃO DO BRILHO MARCULAR
OE:



S/C C/PH C/C

HORA:

OD: CD 50CM

OD:

OE: 20/30

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 ASSOCIADA A BAV APOS TRAUMA PODE SER SECUNDÁRIA A NEURITE ÓPTICA 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

HORAS EM OBSERVAÇÃO:

PROCEDIMENTO: CURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA OBITO EVASÃO ADMINISTRATIVA A PEDIDO
CONDIÇÕES DE ALTA: 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, CLÍNICO 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****PARAISIA DE III PAR À DIAREITA****NEUROPATHIA ÓPTICA TRAUMÁTICA****CID: clicar para informar o cid****PROCEDIMENTO:****HORAS EM OBSERVAÇÃO:****CONDIÇÕES DE ALTA: CURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA OBITO 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**

ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

20/03/19

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 CLINICA EM - AO. LARANJA.

Alergia:

Observação:

CONSULTA MÉDICA

RETORNO - PARALISIA DE II + III PAR À DIREITA + NEUROPATHIA 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 APRESENA 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 ÁO FORAM AVALIADOS POR DRA. LAURA POIS PACIENTE ESTAVA DILATADO.
- TRAZ TC COM FRATURA DE PAREDE LATERAL, MEDIAL, INFERIOR E SUPERIOR, COM ENCARCERAMENTO DE MUSCUO 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, ENOPTALMIA, CONJUNTIVA CALMA, CORNEA TRANSPARENTE, CAF, SEM RCA, FACICO
OE: CONJUNTIVA CALMA, CORNEA TRANSPARENTE, FLUOR NEG, CAF, SEM RCA, FACICO
MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO

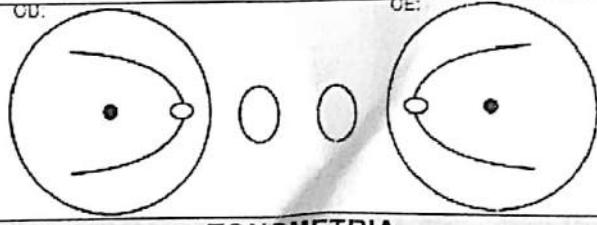
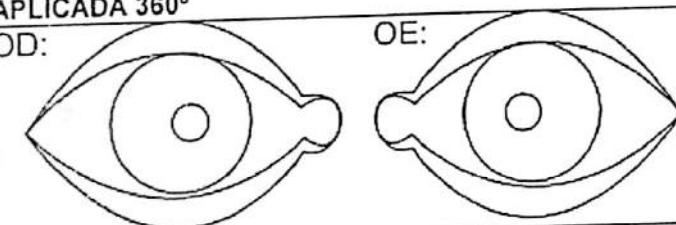
NÃO REALIZOU < SELECIONE O REALIZOU

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

BRILHO MARCULAR BEM DISCRETO

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

APLICADA 360°



OD:

OE:

CD:

OE:

AVL

TONOMETRIA

S/C C/PH C/C

HORA:

OD: CD A 1M - MANTIDO

OD:

OE: 20/30

OE:

Exames: Gonioscopia / Outros (Reflexos/ Versões/ Reavaliação) ANISOCORIA D>E; REFLEXO FOTOMOTOR DIRETO D>E; CONSENSUAL 1+; 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

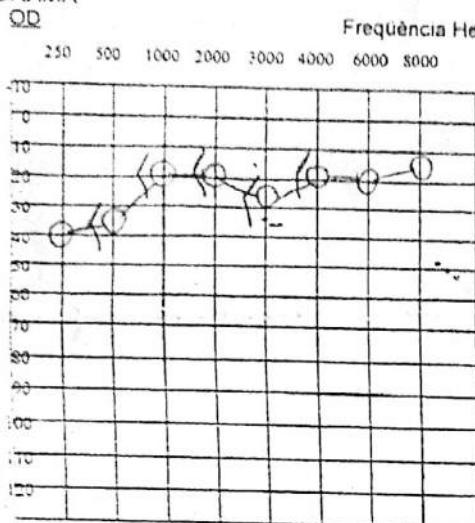
CONDUTA: DR LAURA SABINO EXAMINA E ORIENTA: DAR CARTA AO CIRURGIAO BUCO MAXILO. LIBERANDO PACIANTE PARA CONDUTA ESPECÍFICA.
ORIENTO PACIENTE SOBRE PROGNÓSTICO VISUAL RESERVADO.

Nome: Helio Rômulo de Souza Costa
Solicitante: Gustavo Jno
Audiômetro: AD 229b.

Data: 33/11/19
Idade: 28 anos

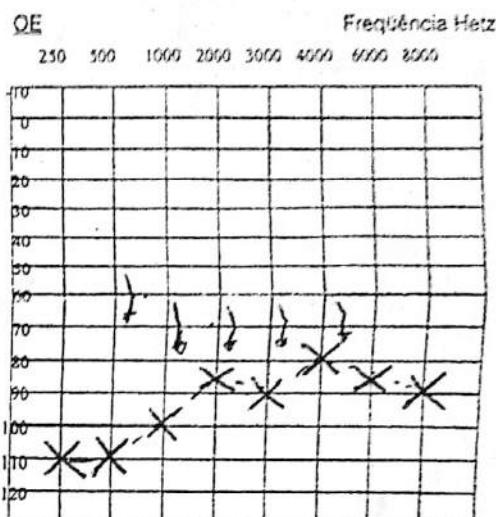
Queixa: dificuldade auditiva
Imitanciómetro:

AUDIOGRAMA



LEGENDA

TESTE	OD	OE
Aérea presente	○-○	X--X
Aérea ausente	○	X
Ossea presente	<	>
Ossea ausente	<	>



RECONHECIMENTO DE FALA

OD

IPRF 50 dB Mono. 100 %
Dissil. — %

SRT 20 dB

SDT — dB

OE

IPRF — dB Mono. — %
Dissil. — %

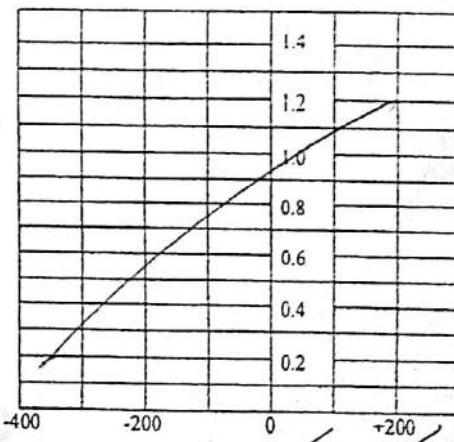
SRT — dB

SDT 95 dB

MASCARAMENTO

	OD	OE
VA	001 Poda (NB)	(NB)
VO	001 90dB (NB)	(NB)
IPRF	85dB (SN)	(SN)
SRT	85dB (SN)	(SN)
SDT	(SN)	(SN)

TIMPANOGRAMA



REFLEXO ESTAPEDIANO ACÚSTICO

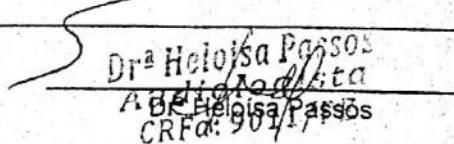
D	500	1000	2000	4000	E

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: Pérdida auditiva sensorial neural de grau profundo na OE. Audíções normais na OD


Dr. Heloisa Passos
ABR: Heloisa Passos
CRF: 901/1

ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

13/03/19

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 ENFASE EM ORBITA + RETORNO 4ª FEIRA PARA AVALIAÇÃO POR DRA LAURA.

PACIENTE AINDA NÃO REALIZOU RNM COM ENFASE EM ORBITA.

OD: EDEMA COM QUEMIOSE BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR, ENOPTALMIA, OFTALMO PARESIA, CONJUNTIVA ALGO HIPEREMIADA, CORNEA TRANSPARENTE, CAF, RCA 2+, FACICO

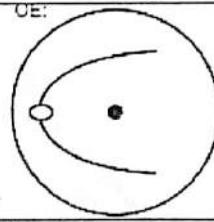
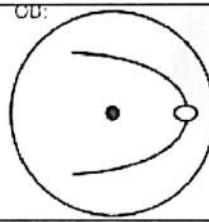
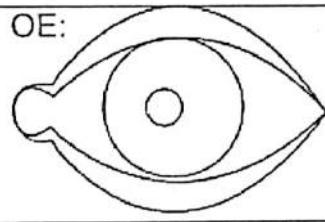
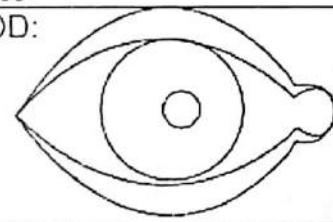
OE: CONJUNTIVA CALMA, CORNEA TRANSPARENTE, FLUOR NEG, CAF, SEM RCA, FACICO

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)

OD:

OE: 20/30

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 ÁO FORAM AVALIADOS POR DRA. LAURA POIS PACIENTE ESTAVA DILATADO.

- TRAZ TC COM FRATURA DE PAREDE LATERAL, MEDIAL, INFERIOR E SUPERIOR, COM ENCARCERAMENTO DE MUSCUO 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

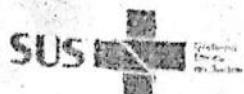
CONSULTA COM ESPECIALISTA:

DIAGNOSTICO: FRATURA MÚLTIPLA DE ÓRBITA

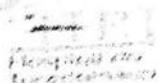
PARALISIA DE II PAR À DIREITA

PARALISIA DE III PAR À DIAREITA

NEUROPATHIA ÓPTICA TRAUMÁTICA



Secretaria
de Saúde



ENCAMINHAMENTO

NOME: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

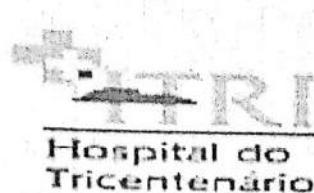
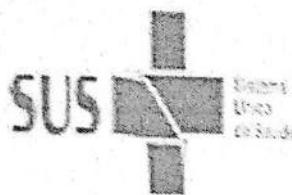
SOLICITO TESTE PARA APARELHO AUDITIVO, A MESMA APRESENTA PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL EM ORELHA ESQUERDA.

ENCAMINHO PACIENTE PARA O MENS SANA – ARCOVERDE.

Afogados da Ingazeira, 12/12/2019

Synthia Fernanda P. de S. Queiroz
Enfermeira
COREN-PE 2021418

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 2381
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 EVASAO 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
------------------------------	--------------------------------	------------

REPÚBLICA 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
081.886.574-17 DATA NASCIMENTO
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.

CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
ASSINATURA DO PORTADOR

1638550962

LOCAL
PATOS, PB

DATA EMISSÃO
05/03/2018

Assinatura
Assinatura do Emissor

41615542015
PB036270164

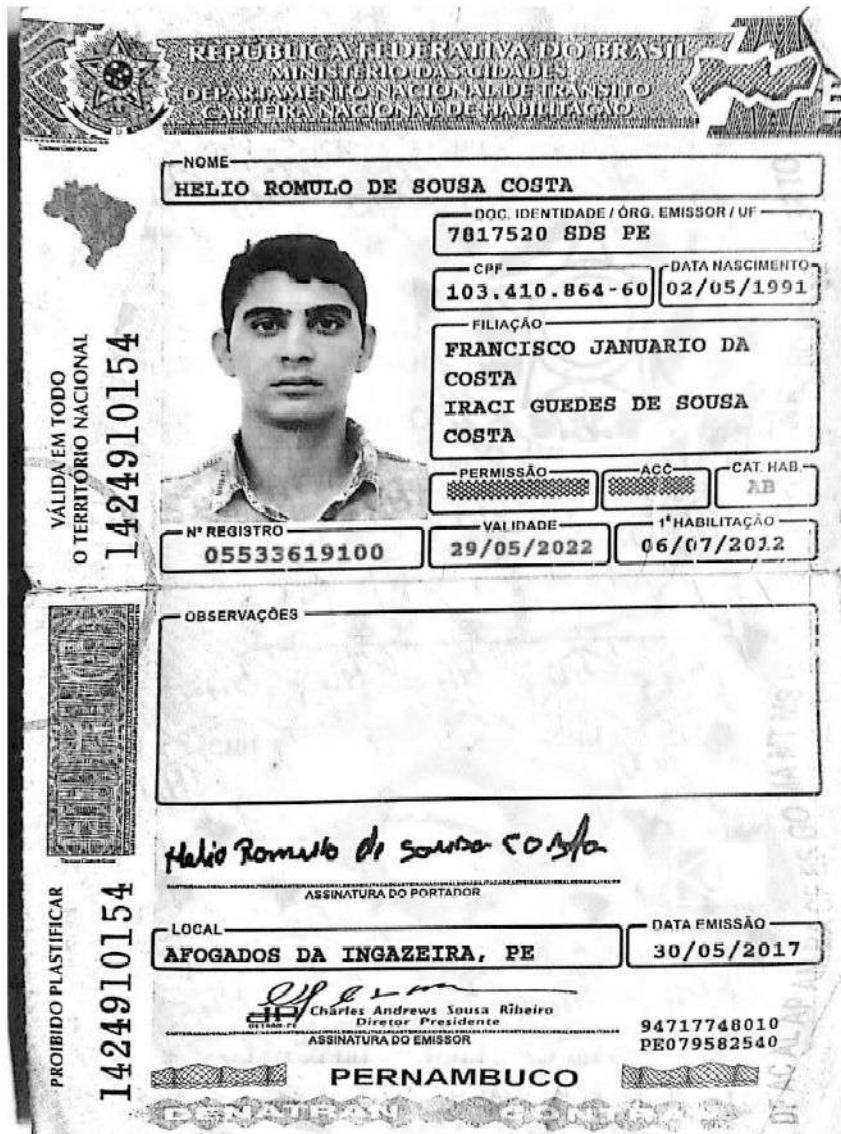
PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR



1638550962





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 N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

Nº Documento: 20190828834445

ESCRITÓRIO

PATOS

SEGUNDA VIA

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	CONSUMO	CONSUMO/DIA		
ANTERIOR	(M ³)	DIAS	(M ³)	
52	54	2	31	0,07
16/07/2019	16/08/2019	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
 02883444.5INSCRIÇÃO
 075.010.405.0064.000FATURA
 08/2019NÃO 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 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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Otávio Bant pg. UMA

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 JUVAPFZ 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 Antônio Bant</u>	Número:	<u>41</u>	Complemento:	<u>Casa.</u>
Bairro:	<u>Monte Castelo</u>	Cidade:	<u>Patos</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58707-180</u>

Local e Data: Patos/PB, 30 de Setembro

José Otávio Bant pg. UMA

Assinatura do Declarante