



LEANDRO E DIAS
ADVOGADOS
DECLARAÇÃO

DECLARANTE: Helio Romulo de souza costa, brasileiro(a),
solteiro, Agricultor, portador do documento RG nº
7817520 e CPF de nº 103.410.864-60, residente e
domiciliado na Rua Antonio Alves Lima, 30,
Bairro centro, cidade de Brejinho,
CEP 56740-000, Estado PE.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA: Declaramos termos da Lei nº. 7.115/83, perante este órgão judiciário, para o fim especial de obter a **GRATUIDADE DOS ATOS JUDICIAIS**, ser pessoa juridicamente pobre nos termos do § 4º do artigo 5º da lei nº 1.060/50, não podendo arcar com as despesas e encargos processuais sem prejuízo do seu sustento próprio e de sua família, em oportuno, assumo a responsabilidade por minhas afirmações tanto de pobreza como de residência, sujeitando-me às sanções civis e criminais previstas na legislação vigente em caso de falsidade do conteúdo desta declaração

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA: Declaro com base na Lei nº 7.115 de 29 de março de 1983 que resido no endereço acima identificado. Declaro ainda ser conhecedor das sanções cíveis, administrativas e criminais a que estarei sujeito caso as informações prestadas não sejam estritamente a verdade

Patos - Paraíba, 27 de Dezembro 2019.

Helio Romulo de souza costa

Dra. Vanessa Samara Ferreira Leandro
OAB/PB nº 24.411
(83) 9.9910-3948/ 9.9851- 1409

Dr. Paulo Cesar Costa Dias
OAB/PB nº 22-523-B
(83) 9.9996-5021





LEANDRO E DIAS
ADVOGADOS
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Helio Romulo de Sousa Costa, brasileiro(a),
portador do documento RG nº 7817520 e CPF de nº
103.410.864-60, residente e domiciliado na Rua
Antonio Alves Lima, 30, Bairro
centro, cidade de Brejozinho, CEP
56740-000, Estado PE.

OUTORGADO: Vanessa Samara Ferreira Leandro, brasileira, casada, inscrita na Ordem dos Advogados sob o nº 24.411, Paraíba, e Paulo Cesar Costa Dias, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados sob nº 22.523-B, Paraíba, com Escritório Profissional na Rua Peregrino Filho, 95, Empresarial Antônio Bernardo, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-000.

Através do presente instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, conforme estabelecido no artigo 105 do Novo Código de Processo Civil. Requerer, solicitar e pegar junto ao Hospital Regional Deputado Jandhuy Carneiro- Regional de Patos, todos os prontuários, atestados, laudos e raio x, referente a minha entrada no referido instituto de Saúde.

Patos - Paraíba, 27 de Dezembro 2019.

Helio Romulo de Sousa Costa

Dra. Vanessa Samara Ferreira Leandro
OAB/PB nº 24.411
(83) 9.9910-3948/ 9.9851- 1409

Dr. Paulo Cesar Costa Dias
OAB/PB nº 22-523-B
(83) 9.9996-5021



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

NOME
HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

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

CPF
103.410.864-60

DATA NASCIMENTO
02/05/1991

FILIAÇÃO
**FRANCISCO JANUARIO DA COSTA
IRACI GUEDES DE SOUSA COSTA**

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05533619100

VALIDADE
29/05/2022

1ª HABILITAÇÃO
06/07/2012

OBSERVAÇÕES

Helio Romulo de Sousa Costa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
AFOGADOS DA INGAZEIRA, PE

DATA EMISSÃO
30/05/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

1424910154

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR





CELPE

Tratado Social de Energia Elétrica Cópia pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 114, Boa Vista, Recife - PE CEP 50030-902
 CNPJ 10.835.932/0001-03 | Ins. Est. 0005945-33 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 IRACI GUEDES DE SOUSA COSTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ANTONIO LVES LIMA 311

CPF: 530.786.564-48

CENTRO/BREJINHO
 BREJINHO PE
 56740-000

CLASSIFICAÇÃO
 61 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

CONTA DE ENERGIA	09/2019
4002173254	
DATA DE EMISSÃO	17/09/2019
DATA DE VENCIMENTO	11/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	136,63

CONTA DE ENERGIA	PERÍODO	VALOR
076741502	09/2019	1003/2019
1009/2019	1009/2019	1009/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	144,0000000	0,77952320	112,25
Acrescimo Bandeira VERMELHA			8,17
Contrib. Rum. Pública Municipal			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			1,30
Atualização IOPM - NF 089030578-10/07/19			0,52

TOTAL DA FATURA

136,63

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
PERÍODO	TIPO DA FURÇÃO	DATA	ART. 100	LEITURA	DATA	ART. 100	LEITURA	DETA	CONSUMO (KWH)
4002506	CAT	09-09-2019	15617,00	10-09-2019	15761,00	32	1,0000	ANSTE	144,00

PERÍODO	VALOR	PERÍODO	VALOR
SET 18 144		AGO 18 130	
JUL 18 107		JUN 18 107	
MAR 18 157		ABR 18 97	
MAI 18 152		FEV 18 117	
JAN 18 108		DEZ 18 123	
NOV 18 128		OUT 18 122	
SET 18 116			

20217400A4C8 C111A2B4 BCF 0,785F 6C75

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Seguir as orientações para o uso do sistema de medição e faturamento. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou o telefone 0800-000000. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso do sistema de medição e faturamento. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso do sistema de medição e faturamento.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

DISTRIBUIÇÃO DE PREÇOS DAS DIFERENTES

SAO PAULO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
0,00	5,78	11,88	23,76	220	20,2
0,00	3,36	6,72	13,44	220	20,2
0,00	3,37	6,74	13,48	220	20,2





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0264000303

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
IRACI GUEDES DE SOUZA Pai: FRANCISCO JANUARIO DA COSTA Data de Nascimento:
2/5/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: **RUA ANTONIO ALVES DE LIMA - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo**
a: MUNICÍPIO DE BREJINHO, 30 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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



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

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

Complemento / Observação

A VITIMA VEIO ATE A DP 174 E INFORMOU QUE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO NO SÍTIO LAGOINHA MUNICIPIO DE BREJINHO, EM MARÇO, QUE DECORRENTE DESTA ACIDENTE SOFREU UMA PERDA AUDITIVA E NA VISÃO PASSANDO POR PROCEDIMENTOS CIRURGICOS, CONFORME CONSTA EM LAUDO MEDICO. QUE O ACIDENTE SUPRACITADO OCORREU EM UMA MOTO HONDA CG 150 FAN ESDI, DE COR PRATA FABRICAÇÃO 2018 DE PLACA PEH0361 CHASSI 9C3K01980BR302521 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 nesta unidade policial

Helio Romulo de Souza Costa

HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA
(VITIMA)

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

B.O. registrado por: *[Assinatura]* **MARIANA DE MEDEIROS FARIAS** - Matrícula: **3374722**





HCFR
HOSPITAL CLOTILDES DE FONTE RANGEL
MANTIDO PELA Associação e Proteção à Maternidade e à Infância de Brejinho-PE.
Rua: 20 de Dezembro, S/N- Centro Brejinho-PE.
FONE: 087-3830-1291

DECLARAÇÃO

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

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

Brejinho, 12 de julho de 2019.

Mauricio Cristian Santos Leite
Diretor Administrativo
CPF: 090.012.834-38

Assinatura do Responsável



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1394104

Nome: Helio Ramulo da Silva Costa

Foi atendido às 08:42 hs. do dia 04.03.19

Diagnóstico Provável: Paciente Nixima de
occlusão, com totalitismo, curvatura
com, classe 230 OPR, (parcialmente)
moderado, 3mm - disto, p.d. 102.8
Tratamento a 030 (1ª e 2ª dias de
filas para Ameliorar

Tratamento Realizado: Paciente Nixima de 25/
03/19, por Dr. Belmiro Amaro, com
filas, com 3mm de curvatura,
3mm - disto e 1mm de curvatura
2 dias 1.5mm em região supra-auricular
1 dia 1.5mm em região infra-auricular
1 dia em região de curvatura

Observação: Tratamento concluído em 04.03.19, por Dr. Belmiro
Amorim, com 3mm de curvatura,
3mm - disto e 1mm de curvatura

Cópia de Belmiro Amorim Diniz
Dr. Maxillo-facial
Residente HR/UPE
CRO-PE 13.114 Médico CRM Nº 41111

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

Cód. 0167



sem SUS

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS		Unidade: HOSPITAL TRACANTENÁRIO	Data: 03-03-19
PACIENTE	Nome: Helio Romulo de Sousa Costa	Nº da Ocorrência: 129	
	Residência: Rua Putenito Pires de Lima nº 82 P. Centro	Telefone: 08191110	
RESPONSÁVEL	Nome: Mauro Guedes de Sousa Costa	Qualificação: condomínios	
	Residência: 4	Telefone: 87991297566	
CONDIÇÃO	PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO
☐ SEGURADO	Carpentear	☒ MASC	02-05-1991
☐ ESPOSA		☐ FEM	
☐ FILHO			
☐ OUTROS			
DOCUMENTO DE IDENTIDADE		NACIONALIDADE	
NÚMERO: 7.817.520		☒ BRASILEIRO	
ÓRGÃO EMISSOR: S.D.S. 106		☐ ESTRANGEIRO	
		☐ RG UF	
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA
☐ ANDANDO ☐ DE AUTO		SAÍDA	CHEGADA: 21:48
☐ AMBULÂNCIA ☐ OUTROS		CHEGADA	SAÍDA
ATENDIMENTO		ACIDENTE DE TRABALHO	
☐ CASO DE ACIDENTE		☐ CASO DE ACIDENTE	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA
MÁX: 100	MÍN: 60	72	AXILAR: 36,5
CAUSAS PROVÁVEIS DA LESÃO - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas		Exames Complementares	
Paciente vítima de acidente de trânsito de moto sofrendo trauma na face e ferimento na região da cabeça e tórax com fratura de fêmur e fratura de tibia e peroneio.		Exames Complementares: RX do braço AP e perfil OK. RX do braço lateral OK. RX do braço AP e perfil OK. RX do braço lateral OK. RX do braço AP e perfil OK. RX do braço lateral OK.	
Destino Desejado Paciente		Impressão Diagnóstica	
☐ Residência	☐ Internado	Fratura de fêmur e tibia e peroneio com fratura de tibia e peroneio.	
Encaminhado		Licença Concedida	
10.582.000/0010-24 HOSPITAL DA TRACANTENÁRIO Av. Manoel de Oliveira nº 100 - KM 01 LAPODOLLA DE ARAUJO - RJ		Dr. Fernando de Souza CRM 111.111-11 CRM 111.111-11 CRM 111.111-11	
Encaminhado ao IML ()		Assinatura - Carimbo - CRM - PRO	





FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

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

Dados da Notificação

1. Unidade sentinela	3. Número de registro / Prontuário
2. Data do atendimento ____/____/____	

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 ☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino ☐ 99. Ignorado	11. Gênero ☐ 1. Cis ☐ 2. Transexual Masc. ☐ 3. Transexual Fem. ☐ 4. Travesti ☒ 99. Ignorado	12. Data de nascimento ____/____/____
13. Idade ☐ 1. Dia ☐ 2. Mês ☐ 3. Ano	14. Raça/Cor: ☐ 1. Branca ☐ 2. Preta ☒ 4. Parda ☐ 3. Amarela ☐ 5. Indígena ☐ 98. Ignorado	15. Ocupações relacionadas ao setor de transporte ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☒ 98. Não se aplica ☒ 99. Ignorado	
16. Natureza da ocupação relacionada ao setor de transporte: ☐ 1. Motorista de carro de passeio ☐ 2. Motorista de táxi ☐ 3. Motorista de ônibus / similar ☐ 4. Motorista de caminhão ☐ 5. Motorista (Motoboy) ☐ 6. Condutor de veículo de tração animal ☐ 7. Condutor de veículo a pedais ☐ 8. Mototaxista ☐ 9. Outra: ☒ 98. Não se aplica ☒ 99. Ignorado			
17. Ocupação não relacionada ao setor de transporte:			

Dados da entrada na unidade

18. Meio de locomoção da vítima ao chegar na unidade sentinela: ☐ 1. Veículo particular ☐ 2. Viatura policial ☐ 3. SAMU ☐ 4. Resgate / Bombeiro ☒ 5. Ambulância ☐ 6. Coletivo ☐ 7. A pé ☐ 8. Outros ☐ 99. Ignorado			
19. Condições de vítima ao chegar na unidade sentinela: ☐ 1. Consciente ☒ 2. Inconsciente ☐ 3. Morto			

Dados do acidente

20. Data do acidente 03/03/19	21. Hora do acidente 21:00	22. Zona de ocorrência ☐ 1. Urbana ☒ 2. Rural ☐ 99. Ignorado
23. Município de ocorrência Buenos Aires		
24. Logradouro (Rua, Avenida, Travessa, Km da Br, etc...) Sítio Balinga		
25. Bairro:	26. Nº	
27. Tipo de Vítima ☒ 1. Condutor ☐ 2. Pedestre ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado ☐ 99. Ignorado	28. Meio de locomoção de vítima no momento do acidente: ☐ 1. A pé ☒ 3. Motociclista ☐ 5. Ônibus/Similar ☐ 7. Ambulância/SAMU/Resgate ☐ 8. Trem/Metrô ☐ 2. Automóvel ☐ 4. Bicicleta ☐ 6. Veículo Pesado ☐ 9. Veículo de tração animal/Animal montado ☐ 99. Ignorado	
29. Natureza do acidente ☒ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 3. Tombamento ou Capotamento ☐ 5. Choque com objeto fixo ☐ 99. Ignorado ☐ 2. Atropelamento ☐ 4. Queda em/do veículo ☐ 6. Outro		



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

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

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

ATT 14/03/19
NEPI

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

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

Prioridade:

~~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

#NCR#

10:00h

Solicitado TAC de face e reconstrução 3D para avaliar fratura em região orbital. TAC de crânio negatada (04/03/19): Pneumocéle.

dda: Fabiana Farias

#NCA #05103119 à 08:00h

NO: TCE LSC / PNEUMO EN CEREBRO

Paciente segue com TCE, sem lesão de crânio

CC: 15, 9.42

CO: 0 V. Q. H. N. C. S.

@ J. L. M. N. S.

Unidade São João
Neurocirurgia
04/03/2019

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

Data Impressão: 04/03/2019 08:07

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



[illegible]

Monitorização	☐ BSB
☒ Cardiotecnia	☐ Temperatura
☒ Oxímetro	☐ Sinais-Ganz
☒ PNI	☐ Analizador Gases
☐ Sonda Vascular	☐ PVC
☒ Capnógrafo	☐ Estimulador de Nervos
☐ Ecol. Pré-Cardial	☐ Linha Arterial
☐ Oxiplm	☐ Válvula IBP Plus

Examinado

☒ Acordado

☐ Suspendido

☐ Inibido

Destino

☒ SRPA

☐ Apart. / Ent.

☐ UTI

☐ Externo

Interpretada: ☒ Não ☐ Sim

Descrever:

Observações:

[Handwritten signature]

*José L. A. da Silva S. A. Médico
Assistente Anestesiologista
CPF: 060.708.164-56
C.R.O. 10.900 / CBO 225-151*

Assinatura do Anestesta:

COD.0152



25-03-19

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO H

PACIENTE: Helio R. Almeida REGISTRO: 1384035
 IDADE: 27 SEXO: M RACIA: P SETOR DE PROCEDENCIA: 606-0

1-EQUIPE CIRURGICA

CIRURGIÃO: Dr. Colnago ANESTESISTA: Dr. Lamentine
 1º AUXILIAR: Dr. Duclak 2º AUXILIAR: Dr. Jussara INSTRUMENTADOR: —
 ENFERMEIRA: Suzanna CIRCULANTE: Abigail Airo

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: <i>Fract. comp. H3 mediana + 1^o m.c.</i>	INICIO: <i>14:15</i>	TÉRMINO: <i>16:50</i>
TIPO DE ANESTESIA: <i>geral</i>	INICIO: <i>14:00</i>	TÉRMINO: <i>17:10</i>

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: ROM ☒ REGULAR ☐ GRAVE ☐ . NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ SEMI-ORIENTADO ☐ SEDADO ☐ INCONSCIENTE ☐ .
 RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA ☒ ESTIMULADA ☐ TRAGLEOSTOMIZADA ☐ . CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA _____ PULSO _____ RA _____
 PÉIS: ÍNTEROS ☒ LESIONADOS ☐ . MUCOSAS: ESPONTÂNEAS ☒ SONORAS ☐ DISFÔNICO ☐ UMBILICAL ☐ ADEQUADA ☐ . PERNÍCIAS: _____
 PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO HIPÓCLOR ☐ TRICLOTOXÍMICA ☐ . MARCAÇÃO DO SITO CÍRURGICO: SIM ☐ NÃO ☒ . PROTESE DENTÁRIA: SIM ☐ NÃO ☒ .

4-TRANS-OPERATOR/D

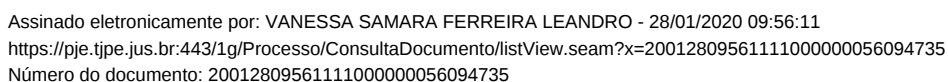
POSIÇÃO: FOWLER () SUPINA () DORSAL () VENTRAL () GINECOLÓGICA () PROTETOR OCULAR SIM () NÃO () LOCAL DE PLACAR CIRÚRGICA: Coxa ESQ
 CONTAGEM DE COMPRESSIONES: INÍCIO: OK FINAL: OK CONTROLE DE PERFUNDIDADE: FIO ABULHADO: INÍCIO: _____ FINAL: _____
 ANTIBIÓTICO PROFI-LÁTICO: SIM () NÃO () GELAL: Cefasolin HORA: _____ PREENCHER COTA: SIM () NÃO () f
 GARROTAMENTO: SIM () NÃO () OK TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: _____ FINAL: _____
 CONFIGURAÇÃO INSTRUMENTAIS: OK CONTÉDOR FIO: OK HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS MATERIAIS

MONITOR () LOXIMETRO () CAPINGRAPHO () PNL-4 ASPIRADOR MONTADO () MANTA TERMICA () AP.VIDEO () TORPEDO DE NITROGENIO () TORPEDO DE CO2 () BISTURI ELETRICO () MICROSCOPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIPIRUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATOMO () BISTURI ULTRASSONICO ()
INSTRUMENTOS CONSIGNADOS SIM () NÃO ()

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

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



606-01

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
PACIENTE Helio Humberto de Souza
CIRURGIA Fístula com 13 mds e 2 fístulas data 25/03/19 CIRCULANTE 1894031

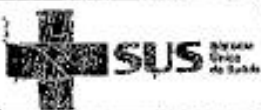
LACAO DE MATERIAIS USADOS EM C. URGIA

REGISTRO 1894031

CIRCULANTE

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICACAO	QUANT.	MEDICACAO
02	Agulha 25x07		Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
04	Agulha 40x12	01	Agua destilada 10ml		Naloxona (narcan)
	Agulha 13x4		Alcuronio		Neocalina
	Agulha de bloqueio		Alfentanila (rapifen)	04	Neostigmine
	Atad. Crepe	02	Antibiótico		Pancurônio
	Atad. Gessado	02	Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Atropina	01	Propofol 20ml
	Capa de vídeo		Bicarbonato de sódio		Rantidina
	Cap. Subclávia		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
01	Cat. venopuncção nº 20		Cetoprofeno	200	Sevorane
01	Cat. de oxigênio		Decadron	1	Soro fisiológico
01	Cera ossea	05	Dexametasona		Soro fisiológico
01	C. de urina fechado (Tabeto)	3	Diazepam		Soro glicosado
07	Compressa cirúrgica PE	12	Dipirona	1	Soro Ringer 500ml
01	Conexão 2 vias		Dopamina		Suxametônio (quellch)
05	Elétrico	01	Dormonid		Tractun
01	Eq. De bomba		Enflurano		Vitamina C
01	Eq. De soro		Etilefrina (efortil)		Vitamina K
01	Fio cromado 3-0	01	Fenitoina (hidantal)	01	Xilocaina C/A 20ml
01	Fio cromado 2-0	01	Fentanil		Xilocaina S/A
	Fio de aço		Furosemida (lasix)		Xilocaina 2ml
	Fio de aço		Gela fundin	01	Xilocaina geléia
	Fio de algodão c/a	02	Glicose 10ml		monocetyl 40
	Fio de algodão c/a	02	Gluconato de sódio		monocetyl 50
	Fio de algodão s/a	03	Heparina		
	Fio de algodão s/a	03	hidrocortisona		
	Fio de nylon 3-0	03	Hipnomidate		
	Fio de nylon 4-0	03	Isoflurano		
	Fio protena t/a	02	Lanexat (flumazinil)		
	Fio protena c/a	02	Manitol		
	Fio protena s/a		Meperidina (Dolantina)		

Cod. 0198



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



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Helio Romulo de Souza Costa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1662469

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

tac de próstata s/ contraste

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

tac de Orelha, Nariz e Garganta 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

tc de urina

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Leonardo Lima
Urologista - CRM 13279

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04 / 03 / 19

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

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

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

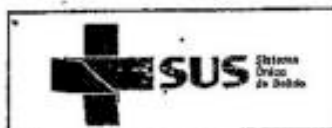
28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

Cod. 0421





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

Melo, André da Silva

6 - Nº 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

Tratamento de...

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/10/2017

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

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

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

Cod. 042'





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



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000855

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Henrique Gomes de Jesus Costa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1394104

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/05/1997

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Ana Maria de Jesus Costa

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Leitura de RX + 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

Exame de imagem

26/3

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/03/19

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

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

Dr. Daniel de Jesus Costa
Cirurgião de Otorrinolaringologia
Banco de Otorrinolaringologia
Hospital da Restauração
CRM-PE 13314

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

28/03/19

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

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





Secretaria
de Saúde



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

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

Os bulbos oftálmicos não apresentam alterações pelo método.

DANIELA NOGUEIRA CRUZ
CRM: 11443

CRM:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1394035/2019.

NOME: HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA.

Foi atendido às 08h12 do dia 04.03.2019.

Diagnóstico provável: Fratura complexa de terço médio
de face (OPN, CBO(D), blow out(D), maxila,
TCE - Pneumoencefalo e parassinusite
(Queda de moto) (D)

Tratamento realizado:

Trat. cirurgico de fratura complexa de terço
médio de face + fixação cirurgica +
osteoplasia do arco zigomático + descompressão
de bázilas + reconstrução de paredes orbitárias.
em 25.03.2019

PNM de rotina, Exames complementares,

Obs. Trat. de suporte clinico.

Antibióticos.

Enc. P/ FAV

Alta em 28.03.2019

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

Cópia de Prontuário Médico em 20.05.2019

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

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

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

Fones: 31815451/31815572





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

SAÚDE DO ESTADO

Paciente:	Helio Romulo de Souza Costa	Registro:	
Clinica:		Box/Leito/Enfermaria:	

Longo de Consulta

Paciente vítima de acidente motorístico dia 04/05/19 com fratura em C20D, OPN, parassupina D, lóbulo ant-D. Já submetido a procedimento cirúrgico para redução e fixação da fratura.

Sigam-se acompanhamento ambulatorial. Retornado para retornar nos exames laborais após 3 dias de internação.

Data: 22/05/19

Ass. Carimbo Médico CREMEPE

Dr. Viana

E. 2759 0340



**ENCAMINHAMENTO
AO OTORRINOLARINGOLOGISTA**

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

GRATO.

Recife - PE, 3 de julho de 2019.

Dr. Arlindo U. Netto
NEUROCIRURGIA
CRM-PE 23.405

MÉDICO RESIDENTE DO SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA
DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO





SOLICITAÇÃO DE EXAMES / CONSULTAS

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

CNS: 898969149614960

Prontuário: 01978719

CID:

Atendimento: 03835669

CD:

OD OE

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

OCT

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

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

19- Laser Retiniano

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

20- Yag-Laser

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

Outros

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

RETORNO

Ambulatório de Volta: R2 / C2 ☐ Especialista:

AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

☐ CATARATA (POLO)	☐ CER - REFRAÇÃO BAIXA VISÃO	☐ RETINA CIRÚRGICA
☐ CATARATA (MOSTRA DE EXAMES)	☐ Córnea	☐ RETINA CLÍNICA
☐ CATARATA COMPLICADA	☐ Córnea POS-TRANSPLANTE	☐ RETINA OCLUSÕES VASCULARES
☐ CATARATA CONGÊNITA	☐ GLAUCOMA CLÍNICO	☐ DPO LUCENTIS
☐ CER - AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL	☐ INCLUSÃO PROJ. GLAUCOMA	☐ RETINOBLASTOMA
☐ CER - ESTIMULAÇÃO VISUAL CAT. CONGÊNITA	☐ VOLTA PROJETO GLAUCOMA	☐ TUMOR ANTERIOR
☐ CER - ESTRABISMO	☐ GLAUCOMA CIRÚRGICO	☐ TUMOR POSTERIOR
☐ CER - NEUROPEDIATRIA	☐ NEUROFTALMO	☐ UVEÍTE
☐ CER - OFTALMOPEDIATRIA	☐ PLÁSTICA OCULAR	☐ TROCA DE LENTE TERAPEUTICA
☐ CER - BAIXA VISÃO	☐ REFRAÇÃO	☐ LENTE DE CONTATO
	☐ AMB. PTERIGIO (JABOATÃO)	☒ SEM RETORNO NO MOMENTO

Observação:

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

Central de marcação de consulta: 81 3081.3030

Faça sua doação: Telefone: 81 3221.3008 - Internet: www.doefav.com





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

AO CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL

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

ATENCIOSAMENTE

André Luiz de A. Mendes
Médico
CRM-PE 26.576

Recife, 20/03/2019

Prestador: ANDRE LUIZ DE ARAUJO MENDES
CRM-26576

Rua da Soledade, 170, Boa Vista, 50.070-040 - Recife - Fone: (81) 3302.4300
Central de marcação de consultas: 81.3081.3030
Faça sua doação: Telefone: (81) 3221.3003 - Internet: www.doefav.com



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 OFTALMOPLÉGIA, 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

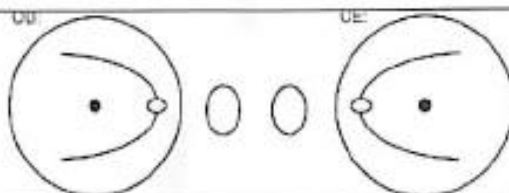
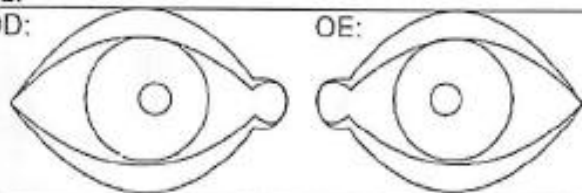
MAPEAMENTO DE RETINA < SELECIONE MAPEAMENTO DE RETINA

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

OE:

OD:

OE:



AVL

S/C ☒ C/PH ☐ C/C ☐

TONOMETRIA

HORA:

OD: CD 50CM

OE: 20/30

OD:

OE:

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

ANISOCORIA D>E; OD FOTOMOTOR DIRETO ABOLIDO A DIREITA E PRESERVADO A ESQUERDA; NAO CONSIGO

AVALIAR CONSENSUAL DE AMBOS OS OLHOS POR COLABORAÇÃO.

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

CONDUTA: DILATAR

REALIZADO RETI E OCT

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

CONSULTA COM ESPECIALISTA:

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

CID: clicar para informar o cid

PROCEDIMENTO:

HORAS EM OBSERVAÇÃO:

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

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

TERMO DE CONSENTIMENTO

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

Central de marcação de consulta: 81 3081.3030

Faça sua doação: Telefone: 81 3221.3005 - Internet: www.doefav.com



ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

ALTA DO ACOMPANHAMENTO NA EMERGÊNCIA

CONSULTA COM ESPECIALISTA:

DIAGNÓSTICO: FRATURA MULTIPLA DE ÓRBITA

PARALISIA DE II PAR À DIREITA

PARALISIA DE III PAR À DIREITA

NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA

CID: clicar para informar o cid

PROCEDIMENTO:

HORAS EM OBSERVAÇÃO:

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

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

TERMO DE CONSENTIMENTO

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

NOME DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

DOCUMENTO/PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA

Central de marcação de consulta: 81 3081.3030
Faça sua doação: Telefone: 81 3221.3008 - Internet: www.doefav.com



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 CLÍNICA EM - AO. LARANJA.

Alergia:

Observação:

CONSULTA MÉDICA

RETORNO - PARALISIA DE II + III PAR À DIREITA + NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA ?

RETORNA PARA DISCUSSÃO COM DRA LAURA SABINO

DRA LAURA NÃO ANALISOU REFLEXOS EM ÚLTIMA CONSULTA DEVIDO AO PACIENTE ESTAR DILATADO (!!!)

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

RNM (15/03) COM ÊNFASE EM ORBITAS: O NERVO ÓPTICO NÃO APRESENTA ALTERAÇÃO DE SINAL QUANDO COMARADO EM RELAÇÃO AO CONTRALATERAL.

EM 13/03:

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

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

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

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

- RETORNO EM 7 DIAS PARA REAVALIAR

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

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

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

MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO

NÃO REALIZOU

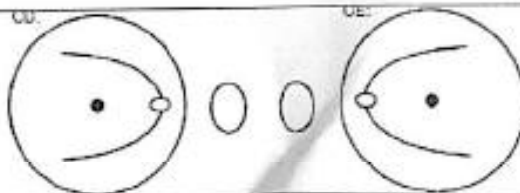
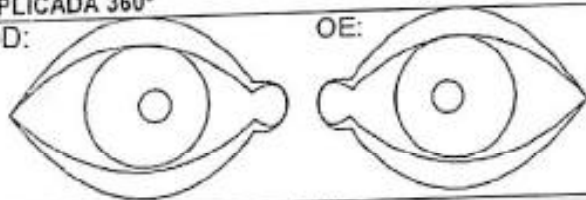
< SELECIONÉO REALIZOU

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

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

OD:

OE:



AVL

TONOMETRIA

S/C ☒

C/PH ☐

C/C ☐

HORA:

OD: CD A 1M - MANTIDO

OE: 20/30

OD:

OE:

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

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

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

ORIENTO PACIENTE SOBRE PROGNÓSTICO VISUAL RESERVADO.

Central de marcação de consulta: 81 3081.3030

Faça sua doação: Telefone: 81 3221.3008 - Internet: www.doefav.com

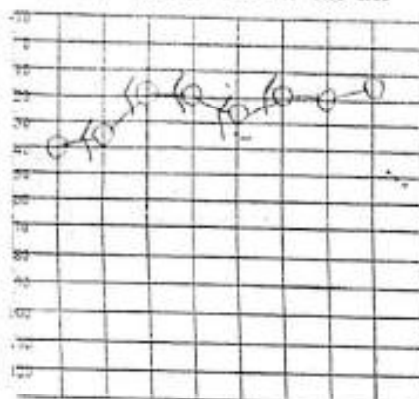


Nome: Helio Rômulo de Sousa Costa
Solicitante: Custódio Aino
Audiômetro: AD229b.

Data: 30/11/19
Idade: 28 anos
Queixa: dificuldade auditiva
Imitanciômetro: _____

AUDIOGRAMA

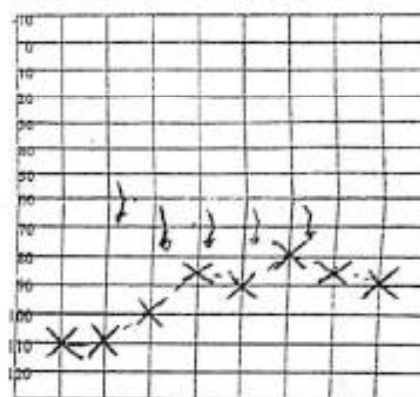
OD
Frequência Hertz
250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000



LEGENDA

TESTE	OD	OE
Aérea presente	O-O	X-X
Aérea ausente	♀	♂
Óssea presente	<	>
Óssea ausente	≤	≥

OE
Frequência Hertz
250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000



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

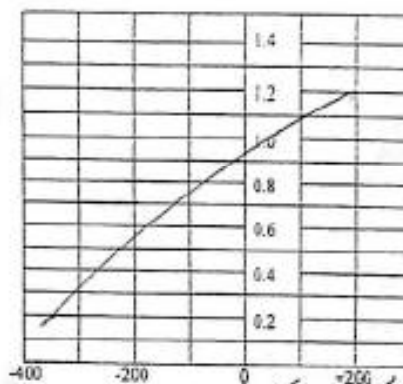
MASCARAMENTO

	OD	OE
VA	<u>60 dB (NB)</u>	(NB)
VO	<u>60 dB (NB)</u>	(NB)
IPRF	<u>80 dB (SN)</u>	(SN)
SRT	<u>80 dB (SN)</u>	(SN)
SDT	(SN)	(SN)

WEBER

	500	1000	2000	4000	
D					E

TIMPANOGRAMA



REFLEXO ESTAPEDIANO ACÚSTICO

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

Marcação dos reflexos pela via aferente

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

RESULTADO / CONDIÇÃO: Penda auditiva sensorial neural de grau profundo na OE. Ausência normal na OD

Drª Heloisa Passos
Audióloga
CRFa: 90117

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

PACIENTE AINDA NÃO REALIZOU RNM COM ÊNFASE EM ORBITA.

OD: EDEMA COM QUEMIOSE BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR, ENOFTALMIA,

OFTALMO PARESIA, CONJUNTIVA ALGO HIPEREMIADA, CORNEA TRANSPARENTE, CAF, RCA 2+, FACICO

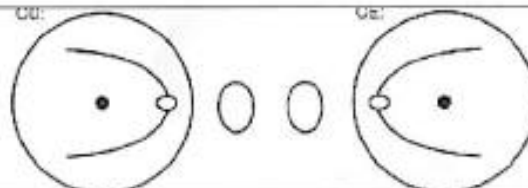
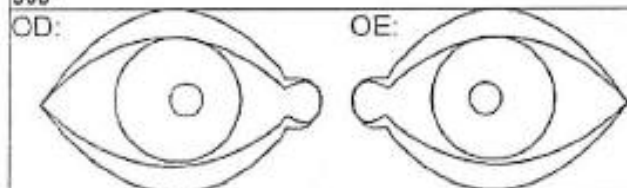
OE: CONJUNTIVA CALMA, CORNEA TRANSPARENTE, FLUOR NEG, CAF, SEM RCA, FACICO

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

S/C ☒

C/PH ☐

C/C ☐

TONOMETRIA

HORA:

OD: CD A 1M (ERACD 50CM)

OE: 20/30

OD:

OE:

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

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

CONDUTA: AGUARDAR AVALIAÇÃO COM DRA LAURA SABINO.

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

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

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

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

- RETORNO EM 7 DIAS PARA REAVALIAR

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

CONSULTA COM ESPECIALISTA:

DIAGNÓSTICO: FRATURA MÚLTIPLA DE ORBITA

PARALISIA DE II PAR À DIREITA

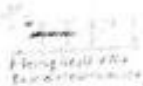
PARALISIA DE III PAR À DIREITA

NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA





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

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

ASSINATURA E CARIMBO





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

LAUDO MÉDICO

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

CID: H90.1

Dr. Gustavo Lir
Médico-CRM 238
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 ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO ☐ ADMINISTRATIVA ☐ A PEDIDO

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

TERMO DE CONSENTIMENTO

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

NOME DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

DOCUMENTO/PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA





(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190711579 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz

BENEFICIÁRIO HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

CPF/CNPJ: 10341086460

Posição em 23-01-2020 18:07:37

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
17/01/2020	R\$ 10.968,75	R\$ 0,00	R\$ 10.968,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/12/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6CqUuZOBZBtNxI2JDeCERapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naZmwqdS4s__kQj01Qcl__IV5E=)
24/12/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/hjHhCsw4WAR1S3GvA0uclapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naZmwqdS4s__kQj01Qcl__IV5E=)





(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://pje.tje.jus.br/seguro-dpvat/acompanhe-o-processo-de-indenizacao>)
I%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

› Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

2/3



- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefonos-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)

