
Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106852

Vítima: NATALIA DE LIMA MONTEIRO

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NATALIA DE LIMA MONTEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106852

Vítima: NATALIA DE LIMA MONTEIRO

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NATALIA DE LIMA MONTEIRO

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\$ 1.350,00

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 residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: NATALIA DE LIMA MONTEIRO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000005787-8

Conta: 000001000970-7

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALEZ PERMANENTE

☐

MORTE

1 - Nº do sinistro ou ASL:

0084809/20

3 - CPF da vítima:

113 115 66414

4 - Nome completo da vítima:

Natalia de Lima Montenegro

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

5 - Nome completo:

Natalia de Lima Montenegro

6 - CPF:

113 115 66414

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Rua Governador Pereira

9 - Número:

36

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Aracaju

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

58396000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83 33341289

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:

587

8

CONTA:

1000970

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALEZ 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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

☐

Vivo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vulgar)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

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

Indicando
dígito de
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Aracaju, Grande - PE 09/03/2022

Natalia de Lima Montenegro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000021/20

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000021/20 registrada em 31/01/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos trinta e um dias do mês de janeiro do ano de 2020, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 16:42 horas, compareceu a Sra. NATÁLIA DE LIMA MONTEIRO, com 27 anos de idade, filha de BENEDITO MONTEIRO e JOSEFA RAFAEL DE LIMA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de SERRARIA - PB, Solteira, escolaridade Medio Completo, profissão AGRICULTORA, portadora da Cédula de Identidade Nº 3.899.857, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 11311566414, residindo à rua SEVERINO PEREIRA, 36, bairro CENTRO, na cidade de ARARA - PB.

Declarou que:

Informa a comunicante, que por volta das 23h14min do dia 06.12.2019, estava se deslocando para a sua residência, trafegando pela Rua Dionísio Rodrigues da Costa, no centro da cidade de Solânea/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP100I, ano/modelo 2019/2019, de cor vermelha, chassi nº 9C2JB0100KR344217, de placa QSM 615924-PE, licenciada em seu nome (Natália de Lima Monteiro), levando como "carona" o seu amigo Mariano de Sousa, quando foi surpreendida por uma criança que fazia a travessia da rua, tendo a comunicante acionado bruscamente os freios da moto, na tentativa de evitar o atropelamento e acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrida por populares e levada inicialmente para o hospital da cidade de Solânea e em seguida encaminhada para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o outro ocupante da moto sofreu apenas escoriações leves; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom e com via seca, sendo o local bem iluminado; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 31 de Janeiro de 2020

Natália de Lima Monteiro

NATÁLIA DE LIMA MONTEIRO

Declarante

José Alberto do Nascimento
SECRETÁRIO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 080.2.1.1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000021/20

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000021/20 registrada em 31/01/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos trinta e um dias do mês de janeiro do ano de 2020, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 16:42 horas, compareceu a Sra. NATÁLIA DE LIMA MONTEIRO, com 27 anos de idade, filha de BENEDITO MONTEIRO e JOSEFA RAFAEL DE LIMA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de SERRARIA - PB, Solteira, escolaridade Medio Completo, profissão AGRICULTORA, portadora da Cédula de Identidade Nº 3.899.857, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 11311566414, residindo à rua SEVERINO PEREIRA, 36, bairro CENTRO, na cidade de ARARA - PB.

Declarou que:

Informa a comunicante, que por volta das 23h14min do dia 06.12.2019, estava se deslocando para a sua residência, trafegando pela Rua Dionísio Rodrigues da Costa, no centro da cidade de Solânea/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP100I, ano/modelo 2019/2019, de cor vermelha, chassi nº 9C2JB0100KR344217, de placa QSM 615924-PE, licenciada em seu nome (Natália de Lima Monteiro), levando como "carona" o seu amigo Mariano de Sousa, quando foi surpreendida por uma criança que fazia a travessia da rua, tendo a comunicante acionado bruscamente os freios da moto, na tentativa de evitar o atropelamento e acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrida por populares e levada inicialmente para o hospital da cidade de Solânea e em seguida encaminhada para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o outro ocupante da moto sofreu apenas escoriações leves; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom e com via seca, sendo o local bem iluminado; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Sexta-feira, 31 de Janeiro de 2020

Natália de Lima Monteiro

NATÁLIA DE LIMA MONTEIRO

Declarante

José Alberto do Nascimento
SECRETÁRIO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 080.2.1.1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALEZ PERMANENTE

☐

MORTE

1 - Nº do sinistro ou ASL:

0084809/20

3 - CPF da vítima:

113 115 66414

4 - Nome completo da vítima:

Natalia de Lima Montenegro

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

5 - Nome completo:

Natalia de Lima Montenegro

6 - CPF:

113 115 66414

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Rua Governador Pereira

9 - Número:

36

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Aracaju

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

58396000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83 33341289

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:

587

8

CONTA:

1000970

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALEZ 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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

☐

Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vulgar)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

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

Indicando
dígito de
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Comissão Grande - PE 09/03/2022

Natalia de Lima Montenegro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NATALIA DE LIMA MONTEIRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05787-8

CONTA: 000001000970-7

Nr. Autenticação

BRDESCO2003202005000000000023705787000001000970135000 PAGO

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: N° 037.272.397



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

BENEDITO MONTEIRO
RUA SEVERINO PEREIRA 36
ARARA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1209195-5

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

14/01/2020

CONSUMO

85

VENCIMENTO

21/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 36,33

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/02/2020

Pagador: BENEDITO MONTEIRO CNPJ/CPF: 675.966.304-72

RUA SEVERINO PEREIRA 36 - CENTRO - ARARA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010907773	001209195202001	21/01/2020	R\$ 36,33	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Nofelias Lima Monteiro</i>			IDADE <i>27 A</i>	SEXO <i>F</i>	CCR <i>07</i>
DATA <i>13/12/18</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
					URINA		
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Lefort II</i>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	Q'					INDUÇÃO	
LÍQUIDOS						Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
CÓDIGOS	VP - ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO					MANUTENÇÃO	
	AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					<i>Propofol 2g</i> <i>Sufentanil 2g</i> <i>Etomidato 100mg</i> <i>Curall 4mg</i> <i>Suxametilcolina 10mg</i>	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		<i>08:00 Anest. venoclise NSA</i> <i>10:30 15 CC Copnologia</i>				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____	
POSIÇÃO						DESPERTAR	
AGENTES		<i>benidame 35ml, fentanil 150mcg, Propofol 150mcg, Dalenavio local</i>				Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____	
TÉCNICA		<i>Intubação IV, INT, Ventilação mecânica, FR: 12 IPM, VE: 600ml</i>				Com cânula: _____ Para o Leito Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____	
OPERAÇÃO		<i>Trocarismo Bucal Lefort II</i>					
CIRURGIÕES		<i>Arto</i>					
ANESTESISTAS		<i>Monillo - CRM 3830</i>					
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA	



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 172371

DATA DA CIRURGIA: 13/12/2019

Número do Atendimento: 2056810 Clín: NEUROBUCA / Enf: 4 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: NATALIA DE LIMA MONTEIRO

Data da Internação: 07/12/2019

Atendimento: 2056810

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE MAXILA + OPN

Diagnostico Pós-Operatório: **O MESMO**

Cirurgia: REDUCAO + FIE

Data da Cirurgia: 13/12/2019

Equipe:

Cirurgião: FRANCISCO AIRTON DE MORAES

Aux 1: JOSE RICARDO DOS SANTOS S

Aux 2: TASSO ASSUERO

Aux 3:

Instrumentador: KECIA

Anestesiista: MARCILIO

Tipo de anestesia: GERAL (NASOTRAQUEAL)

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:

- 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL
- 2 - ANTISSEPSIA EXTRA E INTRA BUCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE
- 3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
- 4 - COLOCAÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO
- 5 - ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAÍNA C/ VASOCONSTRICTOR
- 6 - ACESSO VESTIBULAR MAXILARTOTAL + DESCOLAMENTO
- 7 - BMM COM 04 PARAFUSOS IMF E FIO AÇOFLEX N.01
- 8 - FIXAÇÃO DE MAXILA LADO DIREITO: 01 PLACA RETA COM EXTENSOR SIST. 1.5 (04 FUIROS + 04 PARAFUSOS) EM PILAR CANINO + 01 PLACA EM "L" COM EXTENSOR SIST. 2.0 (04 FUIROS + 04 PARAFUSOS) EM PILAR ZIGOMATICO-MAXILAR; LADO ESQUERDO: 01 PLACA EM "L" C/ EXTENSOR SIST. 1.5 (05 FUIROS + 04 PARAFUSOS) EM PILAR ZIGOMATICO-MAXILAR + 01 PLACA RETA C/ EXTENSOR SIST. 1.5 (04 FUIROS + 04 PARAFUSOS) EM PILAR CANINO.
- 9 - IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SF 0,9%
10. REMOÇÃO DE BMM
11. SUTURA DE BASE ALAR COM FIO PROLENE 2-0.
- 12 - SUTURA DE ACESSO VESTIBULAR MAXILAR COM FIO VICRYL 3.0
- 13 - REMOÇÃO DO TAMPÃO OROFARÍNGEO

INICIO: 08:15

TERMINO: 10:15

EMPRESA: A COSTA

Data 13/12/2019

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Odontologia
Bucal e Maxilofacial
CRM 7227

Assinatura/Carimbo

Tasso Assuero Menezes Honorato

A. COSTA COMÉRCIO ATACADISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CNPJ: 02.977.362/0001-62 - INSC. ESTADUAL 16.123.801-7

CNPJ: 02.977.362/0001-62 - INSC. ESTADUAL 16.123.801-7
Rua João Quirino, 548 - Catolé - Campina Grande - Paraíba - CEP: 58410-370 - acimplantes@outlook.com.br

Fones: 83 3337.3628 / 3337.6573 - Fax: 83 3337.3510 - TeleVendas: 0800 281 7161

Paciente:

Natalia de Lima Monteiro

Data da Cirurgia:

13, 12, 2019

Hospital: _____

Tridacna b. apiculata

Prontuário:

2056644

Médico:___

19r. derton, de mercus

Convênio:

but

Procedimento:

Mat. Report 12

Código Proc.:

Controle Cirúrgico

[illegible]

Griffen Hayes: 87 3315 1058

Dr. Francisco Ainoze de Moraes
CIRURGIÃO B. MAXILOFACIAL
CRQ - PB 1.026

Verificado por;

Meia hinda Circul

Circulante:

Wellington

_Médico;

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	natalia de Lima monteiro		Idade:	27a	
Convênio:	sus		Data:	13/12/19	
Procedimento:	Redução + FIS				
Cirurgião:	Dr. Antonio	Auxiliar:	Dr. Ricardo R2	Anestesista:	Dr. marcelo
Início:	08:20	Término:	10:15	Anestesia	geral

[illegible][illegible][illegible]

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Allyson Alves Barros
Rég. Prof. 00139

Assinatura do anestesista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Natália de Lima Monteiro DN 28/09/92</i>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom João Gonzaga Fernandes
QI	LEITE <i>Sala 02</i>	CONVÊNIO <i>SUS</i>	IDADE <i>27 anos</i>	REGISTRO <i>2056677</i>		
CIRURGIA <i>Ressecção e fixação de fratura</i>			CIRURGIÃO <i>Dr. Antonio / Dr. Ricardo (R2)</i>			
ANESTESIA <i>Geral</i>			ANESTESIA <i>Dr. Marcelo</i>			
INSTRUMENTADORA <i>Kacya</i>		DATA <i>13/12/19</i>	INÍCIO <i>08:20</i>	FIM <i>10:15</i>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calef. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dímore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<i>01</i>	<i>Maracina</i>		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<i>01</i>	<i>Nubain amp.</i>		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
<i>01</i>	<i>Penlon amp.</i>		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
<i>01</i>	<i>Rapilon amp.</i>		H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	<i>01</i>	Prolene Sertix <i>2-0.</i>	
<i>01</i>	<i>Decadron amp.</i>		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
<i>02</i>	<i>Dipirona amp.</i>		Luvas 7.0	<i>02</i>	Vicryl Sertix <i>3-0.</i>	
<i>01</i>	<i>Flaxidol amp.</i>		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	<i>02</i>	SG 500 ml <i>farmológico</i>	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
<i>02</i>	<i>Cefalotina 1g</i>		Sonda Nasogátrica	<i>04</i>	<i>parafusos IMF / 02 placas metálicas</i>	
			Sonda Uretral nº	<i>4 F e ponte c/ 1.5 / 01 placa em L SF</i>		
			Sterydrem ml	<i>e ponte c/ 1.5 / 01 placa em L 4F</i>		
			Torneirinha	<i>e ponte c/ 2.0 / 02 parafusos</i>		
			Vaselina ml	<i>verticais n: 05 c/ 1.5 / 04 parafusos</i>		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Gelcon 18	<i>verticais n: 06 c/ 1.5 / 04 parafusos</i>		
	Agulha desc. 25 x 7		Latese	<i>verticais n: 05 c/ 2.0</i>		
	Agulha desc. 28 x 28		<i>01</i>			
<i>02</i>	<i>Agulha desc. 3x4.5 40x12</i>		<i>05</i>			
	Agulha p/ raque nº		<i>01</i>			
<i>01</i>	Álcool de Enfermagem		<i>02</i>			
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

Wellington Ricardo
Técnico de Enfermagem
COREN-PB 020.272

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 13/12/2019

Horas: 10:23:28

Médico (a) Diarista : Tasso Assuero Menezes Honorato

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2056810 Paciente: NATALIA DE LIMA MONTEIRO Idade: 027 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA RAFAEL DE LIMA Data de Nascimento: 28/09/1992 Admissão: 07/12/2019 DIH - 6

Clínica: NEUROBUCA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA + OPN

DIA 13/12/2019

MÉDICO(A): Camila Lins Vieira / MÉDICO(A): Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	1x 2x 0x
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01FRA AMP, 12h/12h 6D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	1x 2x 0x
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	1x 2x 0x
5	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5 ML E.V. 1AMPOLA, USO IMEDIATO	1x 2x 0x
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	1x 2x
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS, ATE 8/8H	
8	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, Diluir em 100 ML SF PELA MANHA	

EVOLUÇÃO

DATA: 13/12/2019 HORA: 10:22:41

#BMF 6º D.L.H.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO EDEMA GENERALIZADO EM FACE + EQUIMOSE PERIORBITÁRIA BILATERAL + MOBILIDADE EM TERÇO MÉDIO + LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL NO EXAME INICIAL.

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA OU DOENÇA DE BASE.

PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADA, EUPNEICA.

EF: CREPTAÇÃO MAXILAR E DE OPN SOB MANIPULAÇÃO.
CONGESTÃO NASAL
ESCORIAÇÕES EM FACE
SUTURA EM LABIO INTRA-ORAL SEM SINAIS DE INFECÇÃO
REFERE MÁ OCLUSÃO

EM HEMOGRAMA (10/12): LEVE LEUCOCITOSE
>> ECG REALIZADO

TC DE FACE: FRATURA MAXILAR LE FORT I + FRATURA DE OPN

→ PACIENTE SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRURGICO NO DIA DE HOJE. PROCEDIMENTO SME
INTERCORRENCIAS OU COMPLICAÇÕES

CD: - PROSERVAÇÃO

ASSINATURA + CARIMBO
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia e Odontologia
Bucodentofacial
Presidente CRO/PB 7227



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 11/12/2019

Horas: 06:25:07

Médico (a) Diarista : Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2056810 Paciente: NATALIA DE LIMA MONTEIRO Idade: 027 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA RAFAEL DE LIMA Data de Nascimento: 28/09/1992 Admissão: 07/12/2019 DIH - 4

Clinica: NEUROBUCO Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA + OPN

DIA 11/12/2019

MÉDICO(A): Camila Lins Vieira / MÉDICO(A): Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 24 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01FRA AMP, 12h/12h 4D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	13 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	12 13 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS, ATE 8/8H	SN
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, Diluir em 100 ML SF PELA MANHA	96

EVOLUÇÃO

DATA: 11/12/2019 HORA: 06:24:38

#BMF 4º D.I.H.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO EDEMA GENERALIZADO EM FACE + EQUIMOSE PERIORBITÁRIA BILATERAL + MOBILIDADE EM TERÇO MÉDIO + LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL NO EXAME INICIAL.

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA OU DOENÇA DE BASE.

PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADA, EUPNEICA.

EF: CREPITAÇÃO MAXILAR E DE OPN SOB MANIPULAÇÃO.
CONGESTÃO NASAL
ESCORIAÇÕES EM FACE
SUTURA EM LABIO INTRA-ORAL SEM SINAIS DE INFECÇÃO
REFERE MÁ OCLUSÃO

EM HEMOGRAMA (10/12): LEVE LEUCOCITOSE

TC DE FACE: FRATURA MAXILAR LE FORT I + FRATURA DE OPN

>> AGUARDA REALIZAÇÃO DE ECG

CD: - ACOMPANHAMENTO BMF

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirurgia e Traumatologia
Especialista em Cirurgia Maxilofacial
RESIDENTE - CRUFPB 6618



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 09/12/2019

Horas: 07:05:21

Médico (a) Diarista : Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2056810 Paciente: NATALIA DE LIMA MONTEIRO Idade: 027 Sexo: F
Nome da Mãe: JOSEFA RAFAEL DE LIMA Data de Nascimento: 28/09/1992 Admissão: 07/12/2019 DIH - 2
Clínica: AMARELA Enfermaria: 2 Leito: 4 Diagnóstico:

4-3
novo

DIA 09/12/2019

MÉDICO(A): Camila Lins Vieira / MÉDICO(A): Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	Av
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 6h/6h	1º 2º 3º 4º
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01FRA AMP, 12h/12h 2D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12 24
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	12 24 06
5	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 01AMPOLA, 12h/12h	12 24
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS OU VÔMITOS, ATÉ 8/8H	
8	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, Diluir em 100 ML SF PELA MANHÃ	06
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE DOR FORTE DE 12/12 HRS	

EVOLUÇÃO

DATA: 09/12/2019 HORA: 07:02:51

#BMF 2º D.I.H.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO EDEMA GENERALIZADO EM FACE + EQUIMOSE PERIORBITARIA BILATERAL + MOBILIDADE EM TERÇO MÉDIO + LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL NO EXAME INICIAL.

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA OU DOENÇA DE BASE.

PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADA, EUPNEICA.

EF: CREPITAÇÃO MAXILAR E DE OPN SOB MANIPULAÇÃO.
CONGESTÃO NASAL
ESCORIAÇÕES EM FACE
SUTURA EM LÁBIO INTRA-ORAL SEM SINAIS DE INFECÇÃO
REFERE MÁ OCLUSÃO

CD: - SOLICITO DE TC DE FACE
- ACOMPANHAMENTO BMF

ASSINATURA E CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
RESIDENTE - CRUIPB 6612

OBS: medicações de 12:00 foram feitos no setor antes e
início no olo novo, porém não foi verificado.



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: NATALIA DE LIMA MONTEIRO

Data da Internação: 07/12/2019

Data da Alta: 15/12/2019

Registro: 2056810

Tempo de Permanência: -18238

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE MAXILA + OPN

Diagnóstico Final:

Principais Exames: HEMATOLOGICOS E DE IMAGEM

Cirurgia: REDUCAO + FIE

Data: 13/12/2019

Equipe:

Cirurgião: FRANCISCO AIRTON DE MORAES

Aux 1: JOSE RICARDO DOS SANTOS S

Aux 2: TASSO ASSUERO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: MARCILIO

Medicamentos: ANALGESICO, ANTIINFLAMATORIO, ANTIBIOTICO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO EDEMA GENERALIZADO EM FACE + EQUIMOSE PERIORBITÁRIA BILATERAL + MOBILIDADE EM TERÇO MÉDIO + LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL NO EXAME INICIAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA OU DOENÇA DE BASE. PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADA, EUPNEICA. EF: CREPITAÇÃO MAXILAR E DE OPN SOB MANIPULAÇÃO. CONGESTÃO NASAL ESCORIAÇÕES EM FACE SUTURA EM LABIO INTRA-ORAL SEM SINAIS DE INFECÇÃO REFERE MÁ OCLUSÃO EM HEMOGRAMA (10/12): LEVE LEUCOCITOSE >> ECG REALIZADO TC DE FACE: FRATURA MAXILAR LE FORT I + FRATURA DE OPN -> PACIENTE SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRURGICO EM (13/12/2019). PROCEDIMENTO SME INTERCORRENCIAS OU COMPLICAÇÕES CD: - ALTA HOSPITALAR COM RETORNO AGENDADO

Orientações: TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA, EVITAR ESFORÇO FÍSICO EM EXCESSO BEM COMO EXPOSIÇÃO SOLAR, REPOUSO, BOA HIGIENE ORAL, DIETA PASTOSA POR 30 DIAS, DEMAIS ORIENTAÇÕES E ESSAS REPASSADAS VERBALMENTE.

Dieta: PASTOSA POR 30 DIAS

Medicações para Casa: AMOXICILINA, NIMESULIDA, DAPIRONA, CLOREXIDINA 0,12%, SALSEP SPRAY NASAL

ao Ambulatório de: BUCOMAXILO em: 08/01/2019 para revisão Repouso 20 dias

Condições de Alta: Melhorado

Data: 15/12/2019

Assinatura/Carimbo
Tasso Assuero Menezes Honorato

RESPONSÁVEL: Tasso Assuero Menezes Honorato

Carimbo
Bite
Residência - CR018777



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/12/2019

Horas: 05:00:12

Médico (a) Diarista : Tasso Assuero Menezes Honorato

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2056810 Paciente: NATALIA DE LIMA MONTEIRO Idade: 027 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA RAFAEL DE LIMA Data de Nascimento: 28/09/1992 Admissão: 07/12/2019 DIH - 8

Clinica: NEUROBUCA Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA + OPN

DIA 15/12/2019

MÉDICO(A): Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h	12 24
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS OU VÔMITOS, ATE 8/8H	5/12
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, Diluir em 100 ML SF PELA MANHÃ	06

EVOLUÇÃO

DATA: 15/12/2019 HORA: 04:59:34

#BMF 8º D.I.H.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO EDEMA GENERALIZADO EM FACE + EQUIMOSE PERIORBITÁRIA BILATERAL + MOBILIDADE EM TERÇO MÉDIO + LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL NO EXAME INICIAL.

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA OU DOENÇA DE BASE.

PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADA, EUPNEICA.

EF: CREPITAÇÃO MAXILAR E DE OPN SOB MANIPULAÇÃO.

CONGESTÃO NASAL

ESCORIAÇÕES EM FACE

SUTURA EM LABIO INTRA-ORAL SEM SINAIS DE INFECÇÃO

REFERE MÁ OCLUSÃO

EM HEMOGRAMA (10/12): LEVE LEUCOCITOSE

>> ECG REALIZADO

TC DE FACE: FRATURA MAXILAR LE FORT I + FRATURA DE OPN

→ PACIENTE SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM (13/12/2019). PROCEDIMENTO SME INTERCORRENCIAS OU COMPLICAÇÕES

CD: - ALTA HOSPITALAR COM RETORNO AGENDADO

ASSINATURA + CARIMBO
Tasso Assuero Menezes Honorato

Tasso Assuero Menezes Honorato
Carimbo: Otorrinolaringologia
Bucodentofacial
Ribeirão - CRO-PB 7227



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 14/12/2019

Horas: 07:10:27

Médico (a) Diarista : Tasso Assuero Menezes Honorato

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2056810 Paciente: NATALIA DE LIMA MONTEIRO Idade: 027 Sexo: F

Nome da Mãe: JOSEFA RAFAEL DE LIMA Data de Nascimento: 28/09/1992 Admissão: 07/12/2019 DIH - 7

Clinica: NEUROBUCO Enfermaria: 4 Leito: 3 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA + OPN

DIA 14/12/2019

MÉDICO(A): Camila Lins Vieira / MÉDICO(A): Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1 FRASCO, 8h/8h	14
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01 FRA AMP, 12h/12h 7D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 6h/6h	15 17 24 06
5	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h	12 24 06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS, ATE 8/8H	
8	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, Diluir em 100 ML SF PELA MANHA	06

EVOLUÇÃO

DATA: 14/12/2019 HORA: 07:09:51

#BMF 7º D.L.H.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO EDEMA GENERALIZADO EM FACE + EQUIMOSE PERIORBITÁRIA BILATERAL + MOBILIDADE EM TERÇO MÉDIO + LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL NO EXAME INICIAL.

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA OU DOENÇA DE BASE.

PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE E ORIENTADA, EUPNEICA.

EF: CREPITAÇÃO MAXILAR E DE OPN SOB MANIPULAÇÃO.
CONGESTÃO NASAL
ESCORIAÇÕES EM FACE
SUTURA EM LABIO INTRA-ORAL SEM SINAIS DE INFECÇÃO
REFERE MÁ OCLUSÃO

EM HEMOGRAMA (10/12): LEVE LEUCOCITOSE

>> ECG REALIZADO

TC DE FACE: FRATURA MAXILAR LE FORT I + FRATURA DE OPN

→ PACIENTE SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRURGICO EM (13/12/2019). PROCEDIMENTO SME INTERCORRENCIAS OU COMPLICAÇÕES

CD: - PROSERVAÇÃO (PREVISÃO DE ALTA PARA AMANHÃ)

ASSINATURA + CARIMBO

Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia
Bromatologia
Registro: CRO/PB 7227



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 06/12/2019

Paciente: NATALIA DE LIMA MONTEIRO Idade: 027 N° ATEND: 2056677

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 06/12/2019 HORA : 23:26:07

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NÃO

MEDICAÇÃO EM USO : FLUOXETINA

ESTADO GERAL : REGUL

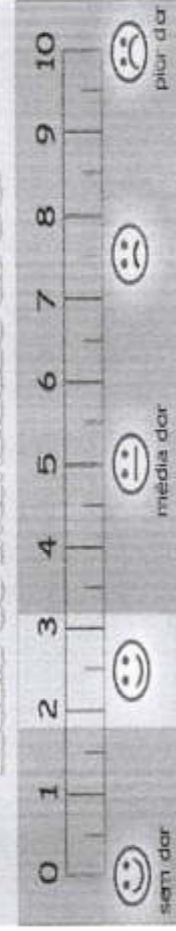
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :

AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
Acolhimento

Agamenon Lima
COREN-PB 71634-EN

cirurgia geral # 07/12/19 → 08:00h

Paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando apenas dor em região de ombro da per.

Absolvo-me flácido, depressível, insidioso à palpação superficial e profunda. Não há sinais de peritonite.

Raios x de tórax e abdome de dor e abdome, já realizado procedimento pelo ortopedista.

Ed: alta da cirurgia geral aos cuidados da BME.

Dr. Ronaldo Garcez
CRM: 4739
Cirurgião Geral

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
4 - CNES	2362856
2 - CNES	2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	NATALIA DE LIMA MONTEIRO
7 - CARTÃO DO SUS	706800757880726
8 - DATA DE NASCIMENTO	28/09/1992
9 - SEXO	F
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	JOSEFA RAFAEL DE LIMA
11 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)	RUA SEVERINO PEREIRA DA COSTA, 36, CENTRO
12 - CID 10 PRINCIPAL	23.00
13 - CID 10 SECUNDÁRIO	23.00
14 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	23.00

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO MOBILIDADE EM TERCO MEDIO DE FACE + EDEMA GENERALIZADO + DIFICULDADE DE ABERTURA BUCAL

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

TC APRESENTANDO IMAGENS DE FRATURAS DE FACE

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA MAXILA + OPN + ZIGOMA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	07
28 - DOCUMENTO	980016278570152
29 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	CAMILLA LINS VIEIRA
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	07/12/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRANSITO	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRÁFETO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - N.º DO BILHETE	
38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA	
40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CBOE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
43 - EMPREGADOR	
44 - ALTÔNOMO	
45 - DESEMPREGADO	
46 - APOSENTADO	
47 - NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
44 - COD. ORGAO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO	
46 - N.º DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.899.857 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/09/2010

NOME NATÁLIA DE LIMA MONTEIRO

FILIAÇÃO BENEDITO MONTEIRO
JOSEFA RAFAEL DE LIMA

NATURALIDADE SERRARIA-PB DATA DE NASCIMENTO 28/09/1992

DOC. ORIGINAL NASC.N.9.946 FLS.218 LIV.A-10
CARTÓRIO SERRARIA-PB

CPF

Idoso Pessoa - ID

[Assinatura]
Assinatura do Diretor
Chefe do Cartório

DE Nº 7.718 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-234



Natália de Lima Monteiro
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número
113.115.664-14

Nome
NATALIA DE LIMA MONTEIRO

Nascimento
28/09/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DETRAN - PB N° 014957213034
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 1 DOB. RENAVAM: 01210367227 EXERCÍCIO: 2019

1 01210367227 00/00000000 2019

NATALIA DE LIMA MONTEIRO

11311566414 QSM6159/PB

PLACA INT/UF: NOVO PB CHASSI: 9C2JB0100KR344217

ESPEC. TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP 1101 ANO FAB: 2019 ANO MOD: 2019

CAP/POT/CIL: 2 P/109 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: 1* VENC. COTA UNICA: 00/00/0000 1*

FAIXA LPVA: 5***** PARCELAMENTO/COTAS: 0 2*

PREMIO TARIFARIO (R\$): 5***** IOF (R\$): 0 PREMIO TOTAL (R\$): 5***** DATA DE PAGAMENTO: 28/10/2019

SEGURO OBRIGATORIO

A.F. BANCO HONDA S.A. OBSERVAÇÕES: DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ARARA-PB LOCAL: 31/10/2019 DATA: 36170

PB N° 014957213034 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 31/10/2019

VIA: 1 CPF / CNPJ: 11311566414 PLACA: QSM6159/PB

RENAVAM: 01210367227 MARCA / MODELO: HONDA/POP 1101

ANO FAB: 2019 CAT. TIRE: 9 Nº CHASSI: 9C2JB0100KR344217

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 5***** DENAT/IAN (R\$): 5***** CUSTO DO SEGURO (R\$): 5*****

CUSTO DO BILHETE (R\$): 5***** IOF (R\$): 0 TOTAL A SER PAGO (R\$): 5*****

PAGAMENTO: ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 28/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.608/0001-04
36170-1633175-20191031

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200106852 **Cidade:** Arara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATALIA DE LIMA MONTEIRO **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA + OSSOS NASAIS + ARCO ZIGOMÁTICO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 3/4/11/15 _CIRURGIA

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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200106852 **Cidade:** Arara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATALIA DE LIMA MONTEIRO **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA + OSSOS NASAIS + ARCO ZIGOMÁTICO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 3/4/11/15 _CIRURGIA

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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084809/20

Vítima: NATALIA DE LIMA MONTEIRO

CPF: 113.115.664-14

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 06/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NATALIA DE LIMA MONTEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NATALIA DE LIMA MONTEIRO : 113.115.664-14

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: 09/03/2020
Nome: NATALIA DE LIMA MONTEIRO
CPF: 113.115.664-14

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

NATALIA DE LIMA MONTEIRO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA