



Número: **0800307-04.2020.8.15.0461**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Solânea**

Última distribuição : **14/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>NATALIA DE LIMA MONTEIRO (AUTOR)</b>	<b>INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33315 212	18/08/2020 10:18	<a href="#"><u>2743541_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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, contados 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

Carta n° 15603933



Pág. 00315/00316 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:18:45  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008181018448500000031887231>  
Número do documento: 2008181018448500000031887231

Nº 33315212 - Pág. 1



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

**Rio de Janeiro, 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, retorno 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](http://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)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

1 - Nº do sinistro ou ASL: **DO84809120** 3 - CPF da vítima: **113 115 66414** 4 - Nome completo da vítima: **Natalia de Lima Montano**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <b>Natalia de Lima Montano</b>	6 - CPF: <b>113 115 66414</b>		
7 - Profissão: <b>Estudante</b>	8 - Endereço: <b>Rua Sororimo Peruna</b>	9 - Número: <b>36</b>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <b>Centro</b>	12 - Cidade: <b>Angra</b>	13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58396000</b>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <b>83 33341289</b>	

### 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

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

AGÊNCIA: **587**

CONTA: **1000970**

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho/criança)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	---	--	---	---	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

Início da  
digitação  
da vítima ou  
beneficiário  
não informado

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Campina Grande - PB 09/03/2020**

**Natalia de Lima Montano**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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 N° 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 N° 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 Médio Completo, profissão AGRICULTORA, portadora da Cédula de Identidade N° 3.899.857, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 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 breios 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  
DELEGACIA DE POLÍCIA FISCAL  
Mat. 0902-1

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 N° 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 N° 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 Médio Completo, profissão AGRICULTORA, portadora da Cédula de Identidade N° 3.899.857, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 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 breios 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*  
DELEGACIA DE POLÍCIA FEDERAL  
Mat. 0902-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: **DO84809120** 3 - CPF da vítima: **113 115 66414** 4 - Nome completo da vítima: **Natalia de Lima Montano**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <b>Natalia de Lima Montano</b>	6 - CPF: <b>113 115 66414</b>		
7 - Profissão: <b>Estudante</b>	8 - Endereço: <b>Rua Sororimo Peruna</b>	9 - Número: <b>36</b>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <b>Centro</b>	12 - Cidade: <b>Angra</b>	13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58396000</b>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <b>83 33341289</b>	

### 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

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

AGÊNCIA: **587**

CONTA: **1000970**

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho/crio)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

Inventiva  
digito da  
vítima ou  
beneficiário  
não informado

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Campina Grande - PB 09/03/2022**

**Natalia de Lima Montano**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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

BRADESCO200320200500000000023705787000001000970135000 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:18:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008181018448500000031887231>  
Número do documento: 2008181018448500000031887231

Num. 33315212 - Pág. 7

## 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.: Nº 037.272.397



ENERGISA PARAÍBA - 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](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
<b>CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/02/2020</b>				
Pagador: BENEDITO MONTEIRO CNPJ/CPF: 675.966.304-72				
RUA SEVERINO PEREIRA 36 - CENTRO - ARARA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 2624912001090773	Nr Documento 001209195202001	Data Vencimento 21/01/2020	Valor do Documento R\$ 36,33	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				09.095.183/0001-40



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:18:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008181018448500000031887231>

Número do documento: 2008181018448500000031887231

Num. 33315212 - Pág. 8

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME <i>Wolles hme Martao</i>			IDADE <i>27 a</i>	SEXO <i>F</i>	CCR <i>U7</i>	
DATA <i>13/12/18</i>		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA		OUTROS
		URINA						
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO <i>Report II</i>						ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	OF	<i>cefpax</i>				INDUÇÃO		
LIQUIDOS		<i>6F 1500</i>				Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____
						Laringo espasmo: _____	Lenta: _____	
						Náuseas: _____	Vômitos: _____	
						Outros: _____	MANUTENÇÃO	
						<i>Algodone 2g</i> <i>Spofax 2g</i> <i>Etapaclor 100mg</i> <i>budette forte 4ml</i> <i>Decaletane 10mg</i>		
						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
						Não, por quê? _____		
						DESPERTAR		
						Reflexos na SO: _____		
						Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit: _____		
						Náuseas: _____ Vômitos: _____		
						Outros: _____		
						Com cânula:		
						Paro o Leito Sim _____ Não _____		
						CONDIÇÕES:		
CÓDIGOS O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO		<i>120 100 60 1500</i>						
VP. ARTERIAL O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO		<i>08:00 Parafina óptica reanodise nse</i> <i>10:30 12 CC Coprofogo</i>						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO								
AGENTES		<i>benzodiazepínicos 35 mg, butalur 1500, Prosofol 1000, Tolentino 4000</i>						
TÉCNICA		<i>Inhalatórios INT, ventilação mecânica FR = 12/15, IC = 1000ml</i>				<i>CÂNLAS 6,5 e 7,0</i>		
OPERAÇÃO		<i>Troca de ferros report II</i>						
CIRURGIÕES		<i>Airto</i>						
ANESTESISTAS		<i>Monilso - CRM 2830</i>				<i>Jayson SSSD</i>		
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGUÍNEA		

VOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





<b>EXAME PRIMÁRIO - DADR</b>	
Paciente politraumatizado (queda de moto) há 12horas com	
TCE + perda de consciência, sangramento e náuseas. Refere	
dor com clavícula ① e ombro ② ambas livres.	
A) Vias aéreas perfeitas e coluna cervical livre	
B) Estabilidade respiratória - ABD: SI peritônio	
relaxe: SI alterado com	

ATENDIMENTO URGÊNCIA CLASS. DE RISCO: AMARELO *Cuidado*

PRONT (B.E) Nº: 2056677 CLASS. DE RISCO: AMARELO

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

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: NATALIA DE LIMA CEP:58396000

MONTEIRO Endereço: RUA SEVERINO PEREIRA DA COSTA Sexo:F

Itaíde:027 Nascimento:28/09/1992

Cidade: Arara RG: 3899857 Telefone: 987245119

CPF: Profissão: RECEPCIONISTA N°:36

Data de Atendido:12/12/2019 CNS:706800757880726

CONVÉNIO/SUS

Nome da Mae: JOSEFA RAFAEL DE LIMA Responsável:

Estado Civil:Sóteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Queda de Moto Hora: 23:14:34

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abração
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crençação
6. Dor
7. Edema
8. Empalamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enfarruscamento
11. Equimose
12. Fratura
13. Fratura óssea fechada
14. Fratura óssea aberta
15. Hematoma
16. Injúriamente Visceral
17. Lacerção
18. Lesão tendinária
19. Luxação
20. Mordedura
21. Movimento torácico paradoxal
22. Objeto Encravado
23. Paralisia
24. Perda de tônus
25. Perda de tônus
26. Perda de tônus
27. Perda de tônus
28. Parestesia
29. Rictus
30. Síndrome de Farabeuf
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Quemadura
34. Rincorragia
35. Síndrome de Isquémia
36. Tensão intracraniana

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO

(Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abração

2. Amputação

3. Avulsão

4. Contusão

5. Crençação

6. Dor

7. Edema

8. Empalamento

9. Enfisema subcutâneo

10. Enfarruscamento

11. Equimose

12. Fratura

13. Fratura óssea fechada

14. Fratura óssea aberta

15. Hematoma

16. Injúriamente Visceral

17. Lacerção

18. Lesão tendinária

19. Luxação

20. Mordedura

21. Movimento torácico paradoxal

22. Objeto Encravado

23. Paralisia

24. Perda de tônus

25. Perda de tônus

26. Perda de tônus

27. Perda de tônus

28. Parestesia

29. Rictus

30. Síndrome de Farabeuf

31. Paralisia

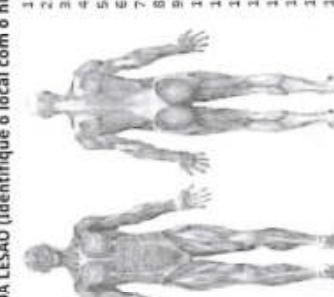
32. Paralisia

33. Quemadura

34. Rincorragia

35. Síndrome de Isquémia

36. Tensão intracraniana



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = \_\_\_\_\_ %

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Politrauma

<b>EXAME PRIMÁRIO - DADR</b>	
Paciente politraumatizado (queda de moto) há 12 horas com	
TCE + perda de consciência, sangramento e náuseas. Refere	
dor com clavícula ① e ombro ② ambas livres.	
A) Vias aéreas perfeitas e coluna cervical livre	
B) Estabilidade respiratória - ABD: SI peritônio	
relaxe: SI alterado com	

**RAIO X REALIZADO EM:**  
*09/12/19*

**EXAME FÍSICO**

PUPILAS ( ) Fotorrreagentes ( ) Isocônicas ( ) Anisocôricas ( ) Sat02 Glasgow 15 PA HGT: \_\_\_\_\_  
C Satôvel hemodinâmico normal  
Corte E Sinal de Grau normal, endocrinologia em revisão *hemato ①, cardíaco*  
( ) Ultrassonografia: \_\_\_\_\_  
( ) Radiografias: \_\_\_\_\_  
( ) Tomografia Computadorizada: \_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:**

Especialista: **NCL** / Orlópedia às 23:31 Dia 06/12/19  
Especialista: **BHF** / \_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE *Túlio Costa* e Dr. Daniel Dantas  
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dividir 1g - 02 FA + 10 EV	<i>24:40</i>
2	Tlaki 20mg - 01 FA + 10 EV	<i>24:40</i>

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

*Dr. Daniel Carrasco* **TOMOGRAFIA**  
Cirurgião Geral  
CNPJ: 92.9969



13/12/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Fairuze Peixoto, 4700 - Malfinhas, Campina Grande - PB.  
CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Data: 13/12/2019



Número do Prontuário: 172371 DATA DA CIRURGIA: 13/12/2019

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

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: NATALIA DE LIMA MONTEIRO

Data da Internação: 07/12/2019

Atendimento: 2056810

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE MAXILA + OPN

Diagnóstico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: REDUÇÃO + 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

Anestesista: 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/ VASOCONSTRITOR
- 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 FUROS + 04 PARAFUSOS) EM PILAR CANINO + 01 PLACA EM "L" COM EXTENSOR SIST. 2.0 (04 FUROS + 04 PARAFUSOS) EM PILAR ZIGOMÁTICO-MAXILAR; LADO ESQUERDO: 01 PLACA EM "L" C/ EXTENSOR SIST. 1.5 (05 FUROS + 04 PARAFUSOS) EM PILAR ZIGOMÁTICO-MAXILAR + 01 PLACA RETA C/ EXTENSOR SIST. 1.5 (04 FUROS + 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

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato  
Cirurgia Bucal e Maxilofacial  
Belo Horizonte - MG  
CEP: 31227-7227

Data 13/12/2019

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

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: Leticia de Faria Monteiro Data da Cirurgia: 13/12/2019  
Hospital: Triângulo - Gravataí Prontuário: 2056644  
Médico: Dr. Silton da Mota Convênio: SUS  
Procedimento: Plat. Lopofit (Q) Código Proc.: \_\_\_\_\_

Controle Cirúrgico

Quant.	Descrição do material utilizado	Lote	Cod. Anvisa
04	parafusos IMF		
02	placas retâng. 4F C. ponti Øx 1.5		
01	placa em L SF e ponti Øx 1.5		
01	placa em L 4F C. ponti Øx 2.0		
08	parafusos Cortical nº 05 Øx 1.5		
04	nº 06 Øx 1.5		
04	nº 06 Øx 2.0		

**Dr. Francisco Airton de Moraes**  
**CIRURGIÃO DENTAL**  
**CSD - RJ 41.026**

Verificado por: Isela Hubner Circulante: Wellington Médico:





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	natalia de Lima mentino	Idade:	27a
Convênio:	Sus	Data:	13/12/19
Procedimento:	Redução + Fix		
Cirurgião:	Dr. Antonio	Auxiliar:	Dr. Ricardo F.
Anestesista:	Dr. marcelo		
Inicio:	08:20	Término:	10:15
			Anestesia geral

*Relatório de Operação*

---

Circulante

100-101





**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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		20



Alcides Barros  
Anestesiologista  
CRM-PB 0.139

Assinatura do anestesista



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Natalia da forma Monteiro DN-28/05/92</i>					<b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom José Gonçalves Fernandes
<i>recomendação de fixação de protese</i>		SUS	27 anos	2255677	
CIRURGIA	CIRURGIÃO <i>En-Antônio/Dr. Ricardo (R2)</i>				
ANESTESIA	<i>Geral</i>	<i>Lefor 2</i>	ANESTESIA	<i>Dr-Marcos</i>	<i>Dr-Tasso (R2)</i>
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
<i>Kecya</i>	<i>13/12/19</i>	<i>08:20</i>	<i>10:15</i>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalinamp.	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<i>03gt</i> Compresa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compresa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	<i>01</i> Equipo de Macrogolas		Ethibond	
<i>01</i>	<i>Mecocaina 1g</i>	Equipo de Macrogolas		Ethibond	
	<i>Nubainamp. epinefrina</i>	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
<i>02</i>	<i>Pewilon amp. Propofol</i>	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	<i>Protigmine amp.</i>	<i>50g</i> Espádrapto Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	<i>07pt</i> Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
<i>01</i>	<i>Rapifen amp. Rovana</i>	H <sub>2</sub> O ml		Mononylon	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23	Qtd.	Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11	<i>01</i>	Prolene Serfix 2-0.	
<i>01</i>	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
<i>02</i>	Dipirona amp.	<i>01</i> Luvas 7.0	<i>02</i>	<i>02</i> Vicryl Serfix 3-0..	
<i>01</i>	<i>Endotropona</i>	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Fliebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	<i>6pt</i> Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Polifix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	<i>Q5</i> Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	<i>01</i> Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	<i>03</i> Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	<i>04</i> Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	<i>02</i> Seringa desc. 05 ml	<i>02</i>	SG fr 500 ml <i>fisiológico</i> ..	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stiptanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE	
<i>02</i>	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica		<i>04</i> punafusos IMF/02 plavex artes	
		Sonda Uretral n°		4F e ponte cx 1,5/01 placa em L SF	
		Steridrem ml		e/pontes cx 1,5/01 placa em L 4F	
		Torneirinha		e/pontes cx 2d 02 parafusos	
		Vaselina ml		contínuas M: 05 cx 1,5/01 parafusos	
		Gelcon 18		contínuas M: 06 cx 1,5/01 parafusos	
		<i>01</i> Latese		contínuas M: 08 cx 1,5/01 parafusos	
<i>02</i>	Aguilha desc. 25 x 7	<i>05</i> Electrotors		contínuas M: 09 cx 1,5/01 parafusos	
	Aguilha desc. 28 x 28			EQUIPAMENTOS	
<i>02</i>	Aguilha desc. 3x45 <i>40x12</i>	<i>01</i> gelho unid. fudor		<i>01</i> Oxímetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
	Aguilha p/ raque n°	<i>02</i> fuso arumado		<i>01</i> Serra	<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério
<i>01/5</i>	Álcool de Enfermagem	<i>M:70</i>		<i>01</i> Desfibrilador	<input checked="" type="checkbox"/> Oxicapnógrafo
	Álcool Iodado ml			<i>01</i> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
	Ataduras de Crepon			<i>01</i> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
	Ataduras de Gessada				
	Azul metílico amp.				
	Benzina ml				

**Wellington-Ricardo**  
Técnico Enfermeiro REGISTRAVEL  
COREN-PB 020.272

MOD 066

13/12/2019

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2019-12-13&amp;contar=2056810&amp;IDC=71765



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

88  
4-3

DIA 13/12/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	✓ 26/05
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h	✓ 06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V.	✓ ✓ 26/05
4	01FRA AMP, 12h/12h 6D/7D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	(8) 12/24
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	✓ 24
6	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V, 1AMPOLA, USO IMEDIATO	
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 01FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS, ATÉ 8/8H	
	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, Diluir em 100 ML SF PELA MANHA	06

### Evolução

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

#BMF 6º D.I.H.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, 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 OCCLUSÃO

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

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

--> PACIENTE SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO DIA DE HOJE. PROCEDIMENTO SME  
 INTERCORRENCIAS OU COMPLICAÇÕES

CD: - PROSVERVAÇÃO

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato  
 Cirurgia e Traumatologia  
 Bucomaxilofacial  
 Presidente: CRPB 7227  
 ASSINATURA + CARIMBO  
 Tasso Assuero Menezes Honorato





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  
Clínica: 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 FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	11/12/2019 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	12/12/2019 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	12/12/2019 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12/12/2019 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS, ATÉ 8/8H	SIN
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 MOTOCICLÍSTICO, 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  
Exercício Clínico  
RESIDENTE - CRM/PB 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	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 6h/6h	AM 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 12 24
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	12 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 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	06
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE DOR FORTE DE 12/12 HRS	

**EVOLUÇÃO**

DATA:09/12/2019    HORA:07:02:51

#BMF 2º D.I.H.

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

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

CD: - SOLICITO DE TC DE FACE  
 - ACOMPANHAMENTO BMF

ASSINATURA E CARIMBO  
 Rebeca Valeska Soares Pereira

Dra. Rebeca Valeska Soares  
 Cirurgia e Traumatologia  
 Suicar/Aracati  
 RESIDENTE - CRUPP 661P

OBS: medicagens de 12:00 foram feitas no setor orto e  
 mictos na obo meus, parem vao ser feitos.





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  
Boletim de Emergência (B.E) - Módulo 03

Data: 15/12/2019

NOME : Tasso Assuero Menezes Honorato



## 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 MOTOCICLÍSTICO, 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 OCCLUSÃO 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 INTERCORRÊNCIAS 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, DIPIRONA, 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

*[Signature]*  
CHURRASQUEIRA  
PRAIA DE AREIA  
Região Metropolitana - CRO-PB 1727





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  
Clínica: NEUROBUCO    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 FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	12 13 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 NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS, ATE 8/8H	5/11
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/MIL 2 ML E.V, 1AMPOLA, Diluir em 100 ML SF PELA MANHA	06

### EVOLUÇÃO

DATA: 15/12/2019    HORA: 04:59:34

#BMF 8° D.I.H.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, 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 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  
Cirurgião-Dentista  
Bucal Maxilofacial  
Recife - C.R.D.P. 23233





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	11/12/2019
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	12/12/2019
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 0IFRA AMP, 12h/12h 7D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	13/12/2019
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	14/12/2019
5	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h	15/12/2019
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 01FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	16/12/2019
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VOMITOS, ATÉ 8/SH	17/12/2019
8	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, Diluir em 100 ML SF PELA MANHA	18/12/2019

### EVOLUÇÃO

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

#BMF 7º D.I.H.

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, 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 OCULSAO

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: - PROSSEGUIMENTO (PREVISÃO DE ALTA PARA AMANHÃ)

ASSINATURA + CARIMBO  
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato  
Cirurgião-Dentista  
Bucal, Facial e Maxilar  
Perito Legal Cr.0PB 1227









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

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

PB Nº 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](http://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 110I

ANO FAB. 2019 DATARF 9 MF CHASSI 9C2JB0100KR344217

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) \*\*\*\*\* DENATRAN (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) \*\*\*\*\* TOTAL A SER PAGO (R\$) 2019

SEGURADORALIDER.COM.BR

CNPJ 09.348.606/0001-04

36170-1633175-20191031

2019

DETAN - PB		Nº 014957213034	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	PLATE	EXERCÍCIO
1	01210367227	QSM6159/PB	2019
NATALIA DE LIMA MONTEIRO			
CATEGORIA		PLACA	
11311566414		QSM6159/PB	
PLACA RNF/UP		CLASSTI	
NOVO		9C2JB0100KR344217	
TIPO DE VEHÍCULO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		GASOLINA	
MARA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/POP 110I		2019	2019
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
2 P/109 /CI		VERMELHA	
COTA ÚNICA		VALOR COTA ÚNICA	
IPVA PAGO EM 00/00/0000		VENC/COTAS	
*****		1*	
FAIXA IPVA		PARCELAMENTO/COTAS	
***** 0		2*	
		3*	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*****		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
SEGURADO PAGO		DATA DE PAGAMENTO	
*****		28/10/2019	
OBSESSÕES			
A.F BANCO HONDA S.A.			
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
ARARA-PB	LOCAL	DATA	
9999999	36170	31/10/2019	
<i>foralid</i>			

## 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 sequelas

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:18:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008181018448500000031887231>  
Número do documento: 2008181018448500000031887231

Num. 33315212 - Pág. 26

## 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 sequelas

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:18:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008181018448500000031887231>  
Número do documento: 2008181018448500000031887231

Num. 33315212 - Pág. 27

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084809/20

**Vítima:** NATALIA DE LIMA MONTEIRO

**CPF:** 113.115.664-14

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/12/2019

**Titular do CPF:** NATALIA DE LIMA MONTEIRO

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/08/2020 10:18:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008181018448500000031887231>  
Número do documento: 2008181018448500000031887231

Num. 33315212 - Pág. 28