



18/08/2020

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	
NATALIA DE LIMA MONTEIRO (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33315 212	18/08/2020 10:18	2743541_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15603933





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

Rio de Janeiro, 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: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nº do sinistro ou ASL: **0084809/20** 3 - CPF da vítima: **113 115 664 14** 4 - Nome completo da vítima: **Natália 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: **Natália de Lima Montenegro** 6 - CPF: **113 115 664 14**
7 - Profissão: **Estudante** 8 - Endereço: **Rua Severino Pereira** 9 - Número: **36** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Arana** 13 - Estado: **PA** 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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

Informo o
dígito da
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, **Campano Grande - PA 09/03/2020**

Natália de Lima Montenegro
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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
DELEGADO 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
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 080.2.1.1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: **0084809/20** 3 - CPF da vítima: **113 115 664 14** 4 - Nome completo da vítima: **Natália 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: **Natália de Lima Montenegro** 6 - CPF: **113 115 664 14**
7 - Profissão: **Estudante** 8 - Endereço: **Rua Severino Pereira** 9 - Número: **36** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Arana** 13 - Estado: **PA** 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valores)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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

Informo o
dígito da
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, **Campanha Grande - PA 09/03/2020**

Natália de Lima Montenegro
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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

BRADESCO2003202005000000000023705787000001000970135000 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=20081810184485000000031887231>

Número do documento: 20081810184485000000031887231

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>Natália Hugo Montez</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	UREIA	OUTROS			
					URINA				
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA				
AP. CIRCULATÓRIO					BRONQUITE				
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA		HIPOSENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Reflex II</i>					ESTADO FÍSICO		RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO			
AGENTES ANESTÉSICOS	<table border="1"> <tr> <td>O²</td> <td><i>20/100</i></td> </tr> </table>				O ²	<i>20/100</i>	INDUÇÃO		
O ²	<i>20/100</i>								
LÍQUIDOS	<table border="1"> <tr> <td>SF</td> <td><i>1500</i></td> </tr> </table>				SF	<i>1500</i>	Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____		
	SF	<i>1500</i>							
				Laringo espasmo: _____ Lenta: _____					
CÓDIGOS					Náuseas: _____ Vômitos: _____				
					Outros: _____				
					MANUTENÇÃO				
					<i>Propofol 2g</i> <i>Propofol 2g</i> <i>Etomidato 100mg</i> <i>Midazolam 10mg</i> <i>Suxametil 100mg</i>				
				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____					
				Não, por quê? _____					
				DESPERTAR					
				Reflexos na SO: _____					
				Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____					
				Náuseas: _____ Vômitos: _____					
				Outros: _____					
				Com cânula: _____					
				Paro o Leito Sim _____ Não _____					
				CONDIÇÕES: _____					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES									
<i>08:00 TAVS + 6 minutos inoclise HSE</i> <i>10:30 15 CC Copnogofo</i>									
POSICÃO									
AGENTES									
TÉCNICA									
OPERAÇÃO									
CIRURGIÕES									
ANESTESISTAS									
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA			

400. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810184485000000031887231

Número do documento: 20081810184485000000031887231

06/12/2019



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2056677 CLASS. DE RISCO: AMARELO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.258/00038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-909
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: NATALIA DE LIMA CEP: 58396000 Nascimento: 28/09/1992

MONTEIRO

Endereço: RUA SEVERINO PEREIRA DA COSTA Sexo: F Telefone: 987245119

Cidade: Arara Idade: 027 Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: JOSEFA RAFAEL DE LIMA RG: 3899857 Nº: 36

Responsável: CPF: Profissão: RECEPCIONISTA

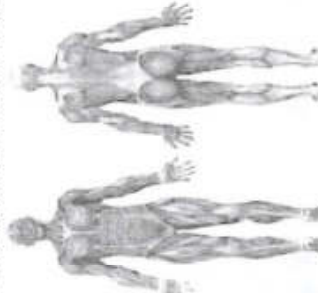
Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atendi: 06/12/2019 CNS: 706800757880726

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO Hora: 23:14:34 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

- 
1. Abrasão
 2. Amputação
 3. Avulsão
 4. Contusão
 5. Crepitação
 6. Dor
 7. Edema
 8. Empalhamento
 9. Enfisema subcutâneo
 10. Esmagamento
 11. Equimose
 12. F. Arma branca
 13. F. Arma de fogo
 14. F. Cortado
 15. F. Cortante
 16. F. Corte-contuso
 17. F. Perfuro-contuso
 18. F. Perfuro-cortante
 19. Fratura óssea fechada
 20. Fratura óssea aberta
 21. Hematoma
 22. Injurgimento Venoso
 23. Laceração
 24. Lesão tendinosa
 25. Luxação
 26. Mordedura
 27. Movimento torácico paradoxal
 28. Objeto Encaixado
 29. Otorrágia
 30. Paralisia
 31. Parestesia
 32. Paratetania
 33. Queimadura
 34. Rinorrágia
 35. Sinais de Isquemia
 - 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: Politrauma

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=2056677&dataatend=2019-12-06&horaatend=23:26:07

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADP - FÍSICOS

Paciente politraumatizada (queda de moto) há 12 horas sem TCE, perda de consciência, com otorrágia e rinorrágia. Refere dor em clavícula ① e ombro ②.
④ Vias aéreas, púrpura, edema amigdal. livre
③ Estabilidade respiratória - ABD: SI patológico - pelve: SI alterações

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

① Estável hemodinamicamente

② Corte

③ Sinal de guaxinim, excitação em repouso frontal, labios

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Joagemetria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR / ORTOPEDIA às 23:34 Dia 06/12/19

Especialista: BMF / às 23:37 Dia 06/12/19

MÉDICO SOLICITANTE: Tatiana Coutinho e Dr. Daniel Solano

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1 Dipirona 1g - 02 FA + AD EV 24:40

2 Tilactil 20mg - 01 FA + AD EV

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Danilo Carralho

Clínico Geral

CRM-PB 9969

TOMOGRAFIA

REALIZADA EM:

09/12/19

13/12/2019

HTCG-Painel Administrativo

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



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

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/ VASOCONSTRICTOR
- 6 - ACESSO VESTIBULAR MAXILAR TOTAL + 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 Patologia Bucal e Maxilofacial
CRM-PB 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

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:

Training to provide

Prontuário:

2056647

Médico:_____

Qr. piston, of mercury

Convênio:

but

Procedimento:

Mat. 20 sept 162

Código Proc.:

Controle Cirúrgico

Quant.	Descrição do material utilizado	Lote	Cod. Anvisa
04	parafusos IMF		
02	placas xtal 4F C. ponti	bx 1.5	
01	placa em L 5F C. ponti	bx 1.5	
01	placa em L 4F C. ponti	bx 2.0	
08	parafusos cortical n° 05	bx 1.5	
04	“ “ “ n° 06	bx 1.5	
04	“ “ “ n° 06	bx 2.0	

Verificado por

Keia helonda Circular

Circulante:

Wellington

_Médico:

Dr. Francisco Ailton de Moraes
CIRURGIAS B. MAXILOFACIAIS
CRP - 7661026

Gráfica Havel: 83 3335 3051





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 Fz	Anestesista:	Dr. marcelo
Início:	08:20	Término:	10:15	Anestesia	geral

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

MOD. 103



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, Dispnéia = 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


Alvaro Alves Gomes
Fisioterapeuta
CRM 0.139

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Mateira de forma Monteiro DN-28/09/92</u>					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	<u>Sula 02</u>	<u>SUS</u>	<u>27 anos</u>	<u>2055677</u>	
CIRURGIA <u>Ressecção e fixação de patina</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Antonio / Dr. Ricardo (R2)</u>		
ANESTESIA <u>Local 2</u>			ANESTESIA <u>Dr. Marcelo / Dr. Tasso (R1)</u>		
INSTRUMENTADORA <u>Kacya</u>		DATA <u>13/12/19</u>	INÍCIO <u>08:20</u>	FIM <u>10:15</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande ***		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples Sertix	
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam 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	
	<u>01</u> Morcaina Reprovada	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	<u>01</u> Nubain amp. epinephrine	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	<u>01</u> Penton amp. Propofol	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak	
	Proxido I/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelcin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	<u>01</u> Rapten amp. Rounidona	H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrimum amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11	<u>01</u>	Prolene Sertix 2-0.	
<u>01</u>	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15	<u>02</u>	Prolene Sertix	
<u>02</u>	Dipirona amp.	Luvas 7.0	<u>02</u>	Vicryl Sertix 3-0..	
<u>01</u>	<u>Flaxinol amp. Ondoroxona</u>	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigenio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml	PVPi Degemante ml			
	Heparema ml	PVPi Tópico ml.			
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	Qtd.	SOROS	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Medrotilnazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	<u>02</u>	SG Ringr fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda		SG x 500 ml fisiológico ..	
	Stuptanon amp.	Sonda foiley	Qtd.	ORTESE E RRÓTESE	
<u>02</u>	Cefalotina 1g	Sonda Nasogática	<u>01</u>	<u>parafusos IMF 02 placas met</u>	
		Sonda Uretral nº		<u>4 f e ponto cx 1.5 / 01 placa em L 4</u>	
		Sterydrem ml		<u>e f ponto cx 1.5 / 01 placa em L 4</u>	
		Torneirinha		<u>e f ponto cx 1.5 / 01 parafusos</u>	
		Vaselina ml		<u>verticais n: 05 cx 1.5 / 01 parafusos</u>	
		Gelcon 18		<u>verticais n: 06 cx 1.5 / 01 parafusos</u>	
		Latex		<u>verticais n: 05 cx 2.0.</u>	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		EQUIPAMENTOS		
	Agulha desc. 25 x 7	<u>01</u>		Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
	Agulha desc. 28 x 28	<u>05</u>		() Serra	(X) Eletrocautério
<u>02</u>	Agulha desc. 3x45 40x12	<u>01</u>		() Desfibrilador	(X) Oxiciplógrafo
<u>01/5</u>	Alcool de Enfermagem	<u>01</u>		(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
	Alcool iodado ml	<u>01</u>		(X) Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Wellington Ricardo
Técnico de Enfermagem - RAVEL

MOD 006



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: NEUROBUJO 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 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 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 VÔMITOS, 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
Cirurgia e Odontologia
Bucodentofacial
Residência - CROPB 7227





GOVERNO
DA PARÁ

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: NEUROBUÇO 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 26 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	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 6h/6h	12 18 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 VÔMITOS, 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: 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

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 Traumatologia
RESIDENTE - GRUPO 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:

DIA 09/12/2019

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

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	At
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 18 24 06
5	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 01AMPOLA, 12h/12h	12 24
6	TENOXCAM 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 VÔMITOS, ATE 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 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 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 MÃ OCLUSÃO

CD: - SOLICITO DE TC DE FACE
- ACOMPANHAMENTO BMF

ASSINATURA E CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirúrgica e Traumatologia
Bulvar do Tênis
RESIDENTE - CRUIP 6612

OBS: medicações de 12:00 foram feitos no setor antes e
muito no olho novo, porém não foi checado.



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: 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 EM (13/12/2019). PROCEDIMENTO SEM 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


Cirurgião - Traumatologia
Residência - CROPB 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

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

DIA 15/12/2019

MÉDICO(A): Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1 FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 6h/6h	12 13 24 06
4	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h	12 24
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS OU VÔMITOS, ATE 8/8H	5/12
7	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 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
Cirurgião Maxilofacial
Buro de Especialidade
Residência - CRO-PB 7217





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: NEUROBUCCO 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 FRA SCO, 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
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, 6h/6h	15
5	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h	12
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 01 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	10
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE NAUSEAS OU VÔMITOS, 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: 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: - PROSERVAÇÃO (PREVISÃO DE ALTA PARA AMANHÃ)

ASSINATURA + CARIMBO

Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato
Cirurgia Bucal e Maxilofacial
Registro: CRO/PB 7227



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

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081810184485000000031887231>

Número do documento: 20081810184485000000031887231

06/12/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARÁHOSPITAL 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

Data: 06/12/2019

Paciente: NATÁLIA 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 ☐ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO
☐ DESORIENTADO ☐ AGITADO ☐ COOPERATIVO ☐ DEPRESSIVO ☐ APÁTICO
☐ IRRITADO ☐ DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

☐ FEBRE ☐ VÔMITO ☐ DIARRÉIA ☐ EXANTEMA
☐ PRURIDO ☐ DISPNEIA ☐ DOR ☐ INAPETÊNCIA ☐ ALTERAÇÕES VISUAIS
☐ ANAFILAXIA ☐ FLEBITE ☐ INAPETÊNCIA ☐ ALTERAÇÕES VISUAIS
☐ EPIGASTRALGIA ☐ CONSTIPAÇÃO ☐ MELENA ☐ SÍBILOS ☐ 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
acolhimentoAgamenon Lima
COREN-PB 11634-ENF

cirurgia geral # 07/12/19 → 08:00h

Paciente vítima de acidente automobilístico, supunha apenas dor em região de costas da per.


Absolvo flácido, depressível, virado à esquerda superficial e profunda. Não há sinais de peritonite. Raio x de tórax e fratura de costela D, já realizado procedimento pleu. arterial.

Ed: alta da cirurgia geral ao cuidados da BMF.

Dr. Ronaldo Garibaldi
CRM: 4739
Clínica Geral

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=2056677&dataatend=2019-12-06&horaatend=23:26:07

3/3

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE NATALIA DE LIMA MONTEIRO		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2056810	
7 - CARTÃO DO SUS 706800757880726		8 - DATA DE NASCIMENTO 28/09/1992	
10 - NOME DA MÃE (O RESPONSÁVEL) JOSEFA RAFAEL DE LIMA		11 - TELEFONE DE CONTATO 83 987245119	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA SEVERINO PEREIRA DA COSTA, 36, CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Ataraia		14 - COORDENADA 250090	
15 - UF PB		16 - CEP 58396000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO MOBILIDADE EM TERÇO MEDIO DE FACE + EDEMA GENERALIZADO + DIFICULDADE DE ABERTURA BUCAL			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/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 INAC			
27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO 980016278570152	
29 - Nº DO CUMPRIMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/12/2019			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO		34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAFETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - CNPJ DA EMPRESA		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CIOR		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADOR () ALTOÔNIO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CBO, ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DO CUMPRIMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		50 - Nº DO CUMPRIMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 014957213034
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 DOO: RENAVAM: 20191400007687-9 EXERCÍCIO: 2019
1 0121036722-7 00/00000000 2019

0048424439

NATALIA DE LIMA MONTEIRO

CPF/CNPJ: 11311566414 PLACA: QSM6159/PB

PLACA ANT/V: NOVO PB CHASSI: 9C2JB0100KR344217

ESPECÍFICO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL: 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 ÚNICA: IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º VENC/COTAS: 2º 3º

FAIXA IPVA: ***** PARCELAMENTO/COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): ***** ICF (R\$): ***** PRÊMIO TOTAL (R\$): ***** DATA DE PAGAMENTO: 28/10/2019

SEGURO PAGO

A.F BANCO HONDA S.A.
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ARARA-PB LOCAL DATA: 31/10/2019

9999999 36170

SEGURO OBRIGATORIO 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
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 DRE: 9 Nº CHASSI: 9C2JB0100KR344217

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): ***** DENATRAM (R\$): ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** ICF (R\$): ***** TOTAL A SER PAGO (SEGURO + ICF): *****

SEGURO PAGO

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

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

6102-10-2019



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

