

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DJONATHA ROBERIO CARNEIRO DOS SANTOS SAL

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01635-7

CONTA: 000010066351-6

---

Nr. da Autenticação 245977776A60B0BE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180498753      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DJONATHA ROBERIO CARNEIRO      **Data do acidente:** 13/10/2017      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A  
 DOS SANTOS SALES

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.  
FRATURA DA SÍNFISE MANDIBULAR E CÔNDILO BILATERAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(MANDÍBULA-OSTEOSSÍNTESE), CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES E ALTA.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

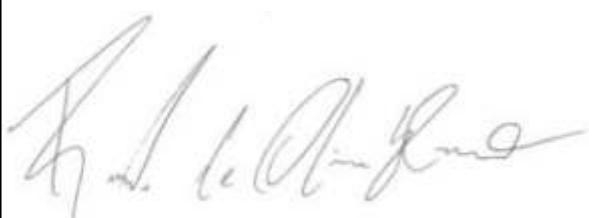
**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386465/18

**Número do Sinistro:** 3180498753

**Vítima:** DJONATHA ROBERIO CARNEIRO DOS SAI

**CPF:** 705.021.514-71

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/10/2017

DJONATHA ROBERIO

**Titular do CPF:** CARNEIRO DOS SANTOS

S A L E S

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

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

**DJONATHA ROBERIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES : 705.021.514-71**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- 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.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 14/12/2018

Nome: DJONATHA ROBERIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES  
CPF: 705.021.514-71

Data do cadastramento: 14/12/2018

Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

---

DJONATHA ROBERIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES

---

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO

**Nº Sinistro:** 3180498753

**Vitima:** DJONATHA ROBERIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES

**Data do Acidente:** 13/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180498753**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO  
**Nº Sinistro:** 3180498753  
**Vitima:** DJONATHA ROBERIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES  
**Data do Acidente:** 13/10/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180498753**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Lançamento - Assinatura do Representante Legal

#### Campo 1 - Assinatura do Beneficiario

## Alfalye des fédérations

### Local Data

13 de outubro de 2018

23 OUT. 2018

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovação a cobertura secundária para o smisbro, autorizo a Sefaz a eletrar o pagamento da imediata do DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta, desde que o credito o efetivado o credito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMA <input type="checkbox"/> RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00 <input type="checkbox"/> ATÉ RS 1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> RS 1.001,00 ATÉ RS 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE RS 10.000,00 <input type="checkbox"/> RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00		<input type="checkbox"/> CONTA POUPO <small>(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)</small>	
<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		<input type="checkbox"/> BANCO BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE <small>(todos os bancos)</small>	
<b>BRASIL</b> <small>Nome</small> <input type="text" value="001"/>		<b>CONTAS</b> <small>Nº</small> <input type="text" value="9249"/>		<b>AGÊNCIA</b> <small>Nº</small> <input type="text" value="4"/>	
<b>AGÊNCIA</b> <small>Nº</small> <input type="text" value="001"/>		<b>CONTAS</b> <small>Nº</small> <input type="text" value="9249"/>		<b>AGÊNCIA</b> <small>Nº</small> <input type="text" value="4"/>	
<input type="checkbox"/> D/A <input checked="" type="checkbox"/> D/V		<input type="checkbox"/> D/A <input checked="" type="checkbox"/> D/V		<input type="checkbox"/> D/A <input checked="" type="checkbox"/> D/V	
<input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> N/A		<input type="checkbox"/> N/A	
<small>(informar digito se existir)</small>					
<small>(informar digito se existir)</small>					
<small>(informar digito se existir)</small>					

copia do comprovante de residência do endereço informado.

99392-8028 (33) Telephone (DDU)

4

BR. R. 339, JdH-33	CPF Titular da Conta	Profissão	TECNICO DE ENFERMAGEM	Nome	Edimilce dos Santos CARNEIRO	Nome completo
500	Número	Complemento	RJ 302 BL 3	CEP	Barro Alto DO MATOES	Endereço
500	CEP	Estado	RJ	Santo PESSOA	Cidade	
22200-220						E-mail

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

0386965118  
Número do Simples Nacional  
105.021.514-11  
CPF da Vítima  
Nome completo da Vítima  
02011000000000000000  
DENOMINAÇÃO  
GENÉRICO

ideia (no Campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Benfechário entre 16 e 17 anos - Necesário que o Benfechário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mae, Tutor).

E obrigatorio representante Legal para:

A constituição da **ASSOCIAÇÃO DE DEFESA DA CIVILIZAÇÃO** ou do **BENEFICÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o credito de indenização/reembolso.

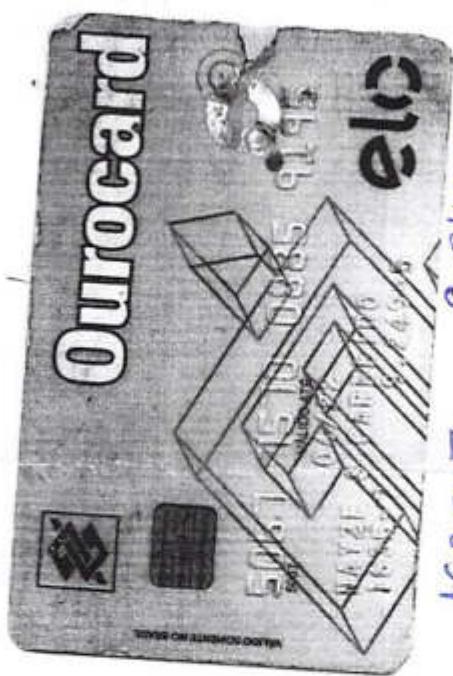
sem restas, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradorafalide.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA - CIRCUULAR SUSPE 445/12  
RAD TOORIZMICO DE PROGRAMAMENTO DE SISTEMA - CREDITO EM CONTA DE REGISTRO

**LIDER**  
Seguradora



Lançamento - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiario

## Alfalye des fables Courtain

### Local Data

Johannesburg, 23 de Outubro de 2018

23 OUT. 2018

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovação a cobertura secundária para o smisbro, autorizo a Sefaz a eletrar o pagamento da imediata do DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta, desde que o credito o efetivado o credito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMA <input type="checkbox"/> RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00 <input type="checkbox"/> ATÉ RS 1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> RS 1.001,00 ATÉ RS 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE RS 10.000,00 <input type="checkbox"/> RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00		<input type="checkbox"/> CONTA POUPOAGA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO ECONÔMICA FEDERAL (104)	
<b>AGENCIAS</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 001  <b>BRAISIL</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 002  <b>BRASIL</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 003  <b>BRASIL</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 004  <b>BRASIL</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 005  <b>BRASIL</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 006  <b>BRASIL</b>  <small>Nº</small> </div> </div>					
<b>CONTA</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>001</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>002</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>003</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>004</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>005</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>006</b>  <small>Nº</small> </div> </div>					
<b>AGENCIAS</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>001</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>002</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>003</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>004</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>005</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>006</b>  <small>Nº</small> </div> </div>					
<b>CONTA</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>001</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>002</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>003</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>004</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>005</b>  <small>Nº</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> D/A  <b>006</b>  <small>Nº</small> </div> </div>					
<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) <input type="checkbox"/> BANCO NOME					
<b>CONTA POUPOAGA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO ECONÔMICA FEDERAL (104)					

copia do comprovante de residência do endereço informado.

Telephone (DDU) 99392-8028 (63)

1

BR. R. 339, JdH-33	CPF Titular da Conta	Profissão	TECNICO DE ENFERMAGEM	Nome	Edimilce dos Santos CARNEIRO
500	Número	Complemento	RJ 302 BL 3	CEP	Barro Alto Joca Vello
133	Estado	Estado	RJ	CEP	Alto do Matoias
88090-220					Email

0386965118	Nome completo da vítima	CPF da Vítima	TIOS.021.514-41	DOCUMENTA RODÉSIO (ARNEIGE) DOS SITIOS SABES	DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL
------------	-------------------------	---------------	-----------------	--	--

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** (pai, mãe, tutor ou curador). O formulário deverá ser preenchido com dados do Representante Legal (pai, mãe, Tutor ou Curador). Apresentar o Representante Legal precisará assinar o formulário com os dados do Representante Legal (pai, mãe, Tutor ou Curador). Apresentar o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).  
**Beneficiário entre 18 a 21 anos** (pai, mãe, tutor) ou a incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com dados do Representante Legal (pai, mãe, Tutor ou Curador). Apresentar o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).  
**Beneficiário entre 22 e 64 anos** (pai, mãe, tutor). O formulário deverá ser preenchido com dados do Representante Legal (pai, mãe, Tutor ou Curador). Apresentar o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).  
**Beneficiário entre 65 e 74 anos** (pai, mãe, tutor). O formulário deverá ser preenchido com dados do Representante Legal (pai, mãe, Tutor ou Curador). Apresentar o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).  
**Beneficiário entre 75 e 84 anos** (pai, mãe, tutor). O formulário deverá ser preenchido com dados do Representante Legal (pai, mãe, Tutor ou Curador). Apresentar o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).  
**Beneficiário entre 85 e 94 anos** (pai, mãe, tutor). O formulário deverá ser preenchido com dados do Representante Legal (pai, mãe, Tutor ou Curador). Apresentar o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).  
**Beneficiário com 95 anos ou mais** (pai, mãe, tutor). O formulário deverá ser preenchido com dados do Representante Legal (pai, mãe, Tutor ou Curador). Apresentar o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).  
**Assinatura do Beneficiário** (no campo 1 - Assinatura do Beneficiário) e seu Representante Legal (campo 2 - Assinatura do Representante Legal). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necssário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

E obrigatorio Representante Legal para:

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o credito de indenização/reembolso.

E necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

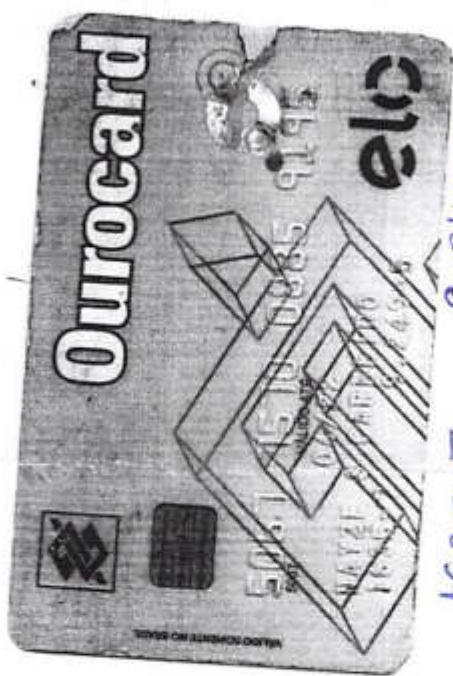
#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

(excusivo para pessoas com deficiência auditiva) <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206

DE INFORMÁGOS CADASTRAIS PESSOA - CIRCUULAR SUSPE 445/12  
RAD TOORIZMICO DE PROGRAMATO DE SINTISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO

**LIDER**  
Seguradora  
Assuradora de Seguro Geral



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0386165118** CPF da vítima: **705.021.514-71** Nome completo da vítima: **DIONATHA ROBERTO CARNEIRO DOS SANTOS**

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

Nome completo: **Dionatha Roberto Carneiro dos Santos**  
Profissão: **Estudante** Endereço: **Rua Cel. Joaquim**  
Bairro: **Altinho** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB**  
E-mail: **abraaoocf@gmail.com**

CPF: **705.021.514-71**  
Número: **500** Complemento: **AP 102 BL 1**  
CEP: **58090-220**  
Tel. (DDD): **(83) 99192-8028**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:  
 REUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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: **1635** **4** CONTA: **66351** **4**  
 (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.

**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 permanente e decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 37, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso distorde seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa, 14/11/2018**

Nome: \_\_\_\_\_

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

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU NOME NA PRESENÇA DE 2 (DUAS) TESTEMUNHAS MAiores E CAPAZES, COMPROMETENDO-SE A DAR-LHE CIÊNCIA DO INTEIRO TEOR DO CONTEÚDO, APÓS O PREENCHIMENTO E ASSINATURA NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00497.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00497.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:45 horas do dia 14 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Alcebiades Barbosa de Azevedo, Escrivão de Polícia, matrícula 1557246, ao final assinado, compareceu Nayze dos Santos Carneiro, CPF nº 009.339.194-33, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero feminino, profissão Técnica de Enfermagem, filho(a) de Maria Madalena dos Santos Carneiro e Jonas Carneiro Lacet, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 23/09/1980 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Joca Velho, Nº 500, complemento APTO 102, BLOCO 1, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Alto do Mateus, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98836-0085.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Coronel Joca Velho, Própria Residência, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/10/17 19:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

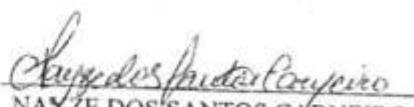
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Seu filho DJONATHA ROBÉRIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES conduzia a motocicleta Honda NXR 150 bros, 2014, placa QFN9800, chassi 9C2KD0550ER232741, pertencente ao genitor do mesmo mas registrada em nome Fernanda Gomes da Silva, quando foi surpreendido por uma motocicleta não identificada que invadiu a contra mão de direção e o atingiu. Informa que DJONATHA ROBÉRIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES foi socorrido pelo SAMU até o HEETSHL, conforme boletim de entrada / prontuário nº 104822.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 14 de março de 2018.

  
ALCEBIADES BARBOSA DE AZEVEDO  
Escrivão de Polícia

  
NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO  
Noticiante



Procedimento Policial: 00497.01.2018.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

**DIONATHA POPÉRIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES**

CPF da Vítima

**705.023.514-71**

Data do Acidente

**13/10/2017**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

**NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO**

Email

**ABRAAOFCF@GMAIL.COM**

CPF do Representante legal

**009.339.194-33**

Telefone (DDD)

**(83) 99192-8028**

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



**JOÃO PESSOA, 23 de OUTUBRO de 2018.**

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**Nayze dos Santos Carneiro**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0386165118** CPF da vítima: **705.021.514-71** Nome completo da vítima: **DIONATHA ROBÉRIO CARNEIRO DOS SANTOS**  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Dionatha Robério Carneiro dos Santos**  
Profissão: **Estudante** Endereço: **Rua Cel. Joaquim**  
Bairro: **Altinho Matias** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB**  
E-mail: **abraaoocf@gmail.com**

CPF: **705.021.514-71**  
Número: **500** Complemento: **AP 102 BL 1**  
CEP: **58090-220**  
Tel. (DDD): **(83) 99192-8028**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

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: **1635** **4** CONTA: **66351** **4**  
 (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.

**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 permanente e decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 37, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso distorde o seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa, 14/11/2018**

Nome: \_\_\_\_\_

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

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU nome na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 710/135, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1850784, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **DJONATHA ROBERIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES** idade 17 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 13/10/2017, na Rua Coronel Joca Velho, Bairro: Alto do Mateus - João Pessoa - aproximadamente às 20:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 06 de Novembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto  
Especialista  
CREIS PB nº 10171



---

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO

PRIA CELJUCA VELHO, 500 / AP 102 BL - ALTO DO MATEUS  
JOAO PESSOA / PB CEP 58090220 (AG 1)

Emissão: 17/10/2018 Referência: Out / 2018

Classe/Subs: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO Br230 Km25-Criado Redenter-João Pessoa  
Roteiro: 3-1-166-3730 N° medidor: 00006778381

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA

ONPJ09095189/0001-40 In  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica  
Cód. para Déb. Autom.

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da  
próxima leitura

CPF / CEP

Out / 2018

17/10/2018

16/11/2018

009.339.198-00

INSC Est:

UC (Unidade Consumidora):

**5/17690**

Canal de contato



**Anterior**

**Atual**

**Constante**

**Consumo**

Data

Leitura

Data

Leitura

17/09/18

3098

17/10/18

3133

125

**Demonstrativo**

CCO - Descrição

Quantidade	Tarifa C/	Valor Base C/Co	Alta Tensão (R\$)	Base C/Co	Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS P/Outros (R\$)
------------	-----------	-----------------	-------------------	-----------	----------------------	------------	---------------------

0601 Consumo em kWh

125.000	0,825800	103,22	103,22	27	27,87	103,22
---------	----------	--------	--------	----	-------	--------

0601 Adic. B Vermelha

9,92		9,92	27	2,43	9,92
------	--	------	----	------	------

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

1,49		0,00	0	0,00	0,00
------	--	------	---	------	------

0907 CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA

NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO

PRIA CELJOCAR VELHO, 500 / AP 102 BL - ALTO DO MATEUS  
JOAO PESSOA / PB CEP 58090220 (AG 1)

Emissão: 17/10/2018 Referência: Out / 2018

Classe/Subs: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO Br230 Km25-Criado Redenter-João Pessoa  
Roteiro: 3-1-166-3730 N° medidor: 00006778381

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA

ONPJ09095189/0001-40 In  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica  
Cód. para Déb. Autom.

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da  
próxima leitura

CPF / CEP

Out / 2018

17/10/2018

16/11/2018

009.339.198-00

INSC Est:

UC (Unidade Consumidora):

**5/17690**

Canal de contato



**Anterior**

**Atual**

**Constante**

**Consumo**

Data	Leitura	Data	Leitura					
17/09/18	3098	17/10/18	3133					125

#### Demonstrativo

CCO	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cofre	Alta Tensão (R\$)	Base Cofre		
				Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS		Frete/Outros R\$
0601	Consumo em kWh	125.000	0,825800	103,22	103,22	27	27,87	103,22
0601	Adic. B Vermelha			9,92	9,92	27	2,43	9,92
0907	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			1,49	0,00	0	0,00	0,00

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

1,49 0,00 0 0,00 0,00

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FERNANDA GOMES DA SILVA,

RG nº 2.629.933, data de expedição 01/06/2018,

Órgão SSDS IPB, portador do CIPF nº 054.423.594-94, com  
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. CEL. JOCA VELHO, nº 500,

complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima DJONATHA ROBÉRIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES cujo o condutor era  
DJONATHA ROBÉRIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA NXR 150 Bros

Ano: 2014

Placa: QFN 9800

Chassi: 9C2K0D050ER23244

Data do Acidente: 03/10/2017

Local e Data: JOÃO PESSOA, 04/10/2018

Decarlinto  
10º Ofício

Fernanda Gomes da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 **Decarlinto**  
Decarlinto é uma marca da Decar  
Comunicação e Ofícios Ltda.

Rua Fernandes Lobo Henriques dos Santos, 75 - Jardim Oceania  
João Pessoa - PB - CEP: 58031-000 - Fone: (83) 3236-0020  
[www.decarlinto.com.br](http://www.decarlinto.com.br) | [decarlinto@bol.com.br](mailto:decarlinto@bol.com.br)  
Tópicos: Seguro Automóvel

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

FERNANDA GOMES DA SILVA

En test. da verdade, João Pessoa-PB 04/10/2018 15:38:21

Debora Ferreira Vieira de Sena - Escrivente

[2018-077050]EM01-01 #948 FARPEM:R\$ 0,28 FEPF:R\$ 1,76 ISS/R\$ 0,00

SELO DIGITAL: AHP16889-5EAK

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

2.626.988 - 2<sup>a</sup> VIA

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

07/06/2018

NOME

FERNANDA GOMES DA SILVA

PATRÍCIA

JOSE GOMES DA SILVA  
FRANCISCA ALVES DA SILVA

NATURALIDADE

RIO DE JANEIRO-RJ

DATA DE NASCIMENTO

17/06/1986

DOC. ORIGEM

CERT. CAS. C/ AVERB. DIVÓRCIO N°88006 61 - LIV/B-106 - FLS.34 -  
CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA PB

CPF

057.423.594-97



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

**057.423.594-97**

Nome

FERNANDA GOMES DA SILVA

Nascimento

LIFE ASSESSORIA  
CORRETORA DE SEGUROS  
23 OUT. 2018



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

**NOME DO PACIENTE** Djonatha Roberio Carneiro dos Santos Sales

**DATA DE NASCIMENTO** 23/08/00

**NOME DA MÃE** Nayse Carneiro dos Santos

### DADOS EXTRAÍDOS

**PRONTUÁRIO N.º** 104822

**BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1034130

**DATA DO ATENDIMENTO** 13/10/17

**HORA DO ATENDIMENTO** 21:27

**MOTIVO DO ATENDIMENTO** Acidente de moto

**DIAGNÓSTICO (S)** Fratura de mandíbula

**CID 10** S02.6

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, sem capacete, com TCE e trauma facial, desorientado, pupilas iso/foto, movimentava os 4 membros. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio e face

### RESULTADOS DOS EXAMES:

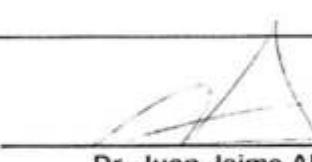
TC: Pneumoencéfalo, sem coleções intracranianas. Fratura de mandíbula em região fisária e condilar bilateral.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de mandíbula

**ALTA HOSPITALAR:** 26/10/17

**DATA DA EMISSÃO:** 19/08/17

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- PACIENTE EM OXÍGENO
- ANESTESIA GERAL NA SEDE TRAGUEAL
- ASSESSORIA EXTERNA: INSTITUTO GERAL
- POSSIBILIDADES CAUTEROS

Incisão:

- INJETADA LOCAL C/ANESTÉSICO: 250 ml
- INCISÃO TANORÁ: OVAL
- INCISÃO ESGAURADA SUBMUSCULAR: DE 100 MM A 150 MM
- OMISSÃO DE PIANOS: DESCOLAMENTO

Achados:

- REVISÃO E VALORADA AS FRACTURAS C/UMA PLACA DE FERROS SISTEMA 0.0 COM 10MM FUSOS DE 9mm x 27mm; PLACA DURA E FLEXÍVEL DE FERROS DE 9mm + PLACA DE FERROS SISTEMA 0.4 COM 25.0 FUSOS DE 10mm.
- 05.08.07.

Conduta:

- IRIGAÇÃO FOMOSA
- SUTURA DOS PLANOS
- ESTERILIZAÇÃO TANORÁ: OVAL
- FIM DA CIRURGIA.

Fechamento:



Observação:

Médico/CRM:

André Gustavo B. Lima  
Georgina Bucó-Macário-Faciel  
CRM 30465-PB

João Pessoa, 23/10/17

F(NG).ASCIR.009-1



Cruz Vermelha Brasileira  
Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena  
Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena  
INTERNO, S/N  
INTERNO, S/N  
CNES: 454546 - Tel.:  
INTERNO, S/N



1º Delegado: MELIA  
MACIA ASSIS GOMES

Impresso em 26/10/2017 às 10:04:37

Paciente	CNES: 454546 - Tel:	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	GLAUCENIA MEDINA	Data/Hora Saída
DJONATHA ROBERTO CARNEIRO DOS SANTOS SALES		1034130	13/10/2017 14:42:06		
Data/Internamento		Boletim de Atendimento			
23/10/2017 09:00:00	1033207	17	Sexo Masculino	CNS	Ent. 29/10/2017 21:32:03
Tempo de Internamento	11d 15h 10m 00s		Data/Hora Entrada	7008049850500007	Data/Hora Saída
Idade	47		Convênio SUS	104767	Prontuário
Tempo da Internação	15d 11h 36m				Plantão
					DIURNO

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOSE LOPES DE SOUSA FILHO - 20/10/2017 17:23:18)

### **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

#### **DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

##### NEUROCIRURGIA#####

TCE MODERADO + TRAUMA FACE - HSDA LAMINAL  
PACIENTE POLITRAUMATIZADO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, ESTAVA COM CAPACETE SEGUNDO RELATO DOS FAMILIARES.  
NO MOMENTO, SONOLENTO, DESPERTÁVEL, LOCALIZANDO DOR, MANTENDO COM RESPOSTAS INCOERENTES ÀS PEGUNTAS SIMPLES, PUPILAS ISOCÓRICAS E REATIVAS. MOBILIZANDO OS 4 MEMBROS SEM DIFICULDADES.

#### **TCC E TC DE FACE:**

MÚLTIPHAS FRATURAS DOS OSSOS DA FACE.  
PNEUMOENCÉFALO TEMPORAL ESQUERDO  
FRATURA PARIETAL ESQUERDA.  
HEMATOMA EXTRADURAL LAMINAR PARIETAL ESQUERDO  
ÁREAS DE CONTUSÃO CEREBRAL FRONTAL E TEMPORAL  
TC CONTROLE BOM ASPECTO

CD:ORIENTO FAMILIARES + ALTA DA NEUROCIRURGIA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO HTOP  
AOS CUIDADOS DA BUCO - BMF - CIRURGIA ELETIVA

Seção: POSTO IA - ENF 3 Leito: 0002 - NEUROCIRURGIA  
Profissional responsável pela informação: JOSE LOPES DE SOUSA FILHO

Número Conselho: 8676

## ALTA MÉDICA

**ALTA MÉDICA**

USUÁRIO: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO  
DATA E HORA: 26/10/2017 10:04:36  
MOTIVO DE ALTA: ALTA HOSPITALAR  
CONDUTA: PACIENTE APTO PARA ALTA



23 OUT. 2018



Atendimento: 000000844760

Paciente: DJONATHA RIBEIRO DOS SANTOS SALES

Idade: 17 anos

Data: 13/10/2017

## ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

\* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



T  
b  
T  
r  
A  
D  
A  
A

Este laudo foi liberado em 13/10/2017 22:02.



Dra. Alessandra P. C. Mend  
CRM: 6293 - PB



Atendimento: 000000844760

Idade: 17 anos

Paciente: DJONATHA RIBEIRO DOS SANTOS SALES

Data: 13/10/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Sinais de pneumoencefálio.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fraturas nas paredes do seio maxilar esquerdo, no corpo da mandíbula e nos ramos mandibulares, com material denso no interior do seio maxilar esquerdo e do seio esfenoidal esquerdo, podendo corresponder a sangue.

Septo nasal desviado para direita.

Hematoma palpebral esquerdo.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 13/10/2017 22:40.

Dra. Alessandra P. C. Mendes  
CRM: 6293 - PB

Atendimento: 000000859603

Idade: 17 anos

Paciente: DJONATHA RIBEIRO DOS SANTOS SALES

Data: 20/10/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Lâmina hiperdensa subdural parietal à esquerda

Higroma fronto-temporal bilateral.

Acentuação da hipodensidade da substância branca supra tentorial.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínicos epidemiológicos do(a) paciente.

Jose Lopes de Souza  
Neurocirurgião  
CRM/PB 6576



Este laudo foi liberado em 20/10/2017 17:12.

Dr. Leonardo Franco Felipe  
CRM: 5263- PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
DIONATHA ROBERTO DOS SANTOS SALES	1034130	13/10/2017 21:27:10	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
23/08/2000	17	Masculino	(83) 999482329
Mãe			Prontuário
NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO			
Enderço	Bairro	Município	UF
TENENTE MANOEL VASCONCELOS SAMPAIO, 105	ALTO DO MATEUS	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CARLOS MAGALHÃES FRANCA	3792/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
13/10/2017 21:27:10		13/10/2017 23:09:42	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
'5			

### Anamnese

##NEURO##

PACIENTE POLITRAUMATIZADO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, ESTAVA COM CAPACETE SEM  
SEGUNDO RELATO DOS FAMILIARES.  
NO MOMENTO, SONOLENTO, DESPERTÁVEL, LOCALIZANDO DOR, MANTENDO COM RESPOSTAS  
INCOERENTES ÀS PEGUNTAS SIMPLES, PUPILAS ISOCÓRICAS E REATIVAS. MOBILIZANDO OS 4 MEMBROS  
SEM DIFICULDADES.

TCC E TC DE FACE:

MÚLTIPLAS FRATURAS DOS OSSOS DA FACE.  
PNEUMOENCÉFALO TEMPORAL ESQUERDO.  
SEM COLEÇÕES INTRACRANIANAS.

CD:  
OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA POR 24HS.  
ANALGESIA + AINES.

*SEM*  
Dr. Laísier Ferreira Neto  
Neurointervencionista Endovascular  
Neurocirurgião CRM-PB 7039



23 OUT. 2018

### DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

### MEDICAÇÃO

CEFTRIAXONA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 12/12H, COM INTERVALO DE 12/12H POR 7 DIA(S)

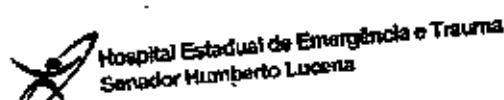
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12H2H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>DJONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES</b>	BAE 1034130	Data/Hora Entrada 13/10/2017 21:27:10	Data Baixa
Data de nascimento 23/09/2000	Idade 17	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 999482329
Mãe <b>NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>TENENTE MANOEL VASCONCELOS SAMPAIO, 105</b>	Bairro <b>ALTO DO MATEUS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ADRIANO DUARTE QUINTANS</b>	Nº Cons. Regional <b>2442/PB</b>
Data/Hora Classificação 13/10/2017 21:27:10	Nº Matrícula	Data/Hora Prescrição 13/10/2017 22:44:13	Senha
Convênio S			

#### Anamnese

PACINTE COM TRAUMA DE FACE POR ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO FRATURA DE MANDÍBULA EM REGIÃO SINFISÁRIA, E CONDILAR BI LATERAL, COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO APÓS MELHORA DO QUADRO NEUROLÓGICO.

CD:

- 1) MANTER EM OBSERVAÇÃO.
- 2) ACOMPANHAMENTO CEM CONJUNTO NEURO- BMF.

#### Conduta

Em observação

ADRIANO DUARTE QUINTANS  
(2442/PB)

DJONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

ENDERECO: RUA QRESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>DJONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES</b>		BAE 1034130	Data/Hora Entrada 13/10/2017 21:27:10	Data Babá
Data de nascimento 23/08/2000	Idade 17	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 999482329
Mae <b>NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO</b>				Prontuário
Endereço <b>TENENTE MANOEL VASCONCELOS SAMPAIO, 105</b>	Bairro <b>ALTO DO MATEUS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>	
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>POLYANNA NASCIMENTO</b>	Nº Cons. Regional <b>9522/PB</b>	
Data/Hora Classificação 13/10/2017 21:27:10	Data/Hora Prescrição 13/10/2017 21:38:38			
Convênio	Nº Matrícula	Senha		

## Anamnese

paciente vítima de colisão moto-moto, sem capacete, com TCE e trauma de face, desorientado, vias aéreas pélvicas (sat o2 100% em máscara); tórax s/ crepitações, com roncos à auscultação; abdome sem sinais de irritação peritoneal. extremidades sem deformidades. cd:1 tc de crânio e face/2.av neuro/3. rx de tórax, pelve e cervical

## Ciudades

**SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO**

**SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA**

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: + FACE)

## DIAGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)

## ...ADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

### Conducta

### **Em observação**

**Polyanna Scumé**  
C. Gorr  
Met  
Chim  
Dr. Polyanna Nascimento  
Câmara Geral  
Médico Presidente  
CRM/PB 9377

**POLYANNA NASCIMENTO  
(9522/PB)**

DIONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES

A circular stamp with the words "LIFE ASSESSORIA" at the top and "CORRETORA DE SEGUROS" at the bottom. In the center, it says "23 OUT. 2016".



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
**Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090**  
**Tel: 32165700**  
**CNES:**

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
DJONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES	1034130	13/10/2017 21:27:10	
Date da nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
23/08/2000	17	Masculino	(83) 999482329
Mãe			Prontuário
NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO			
Endereço	Bairro	Município	UF
TENENTE MANOEL VASCONCELOS SAMPAIO, 105	ALTO DO MATEUS	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ADRIANO DUARTE QUINTANS	2442/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
13/10/2017 21:27:10		13/10/2017 22:44:13	
Convênio	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

PACINTE COM TRAUMA DE FACE POR ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO FRATURA DE MANDÍBULA EM REGIÃO SINFISÁRIA, E CONDILAR BI LATERAL, COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO APOS MELHORA DO QUADRO NEUROLÓGICO.

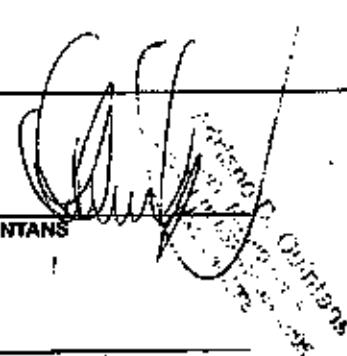
CD:

- 1) MANTER EM OBSERVAÇÃO.
- 2) ACOMPANHAMENTO CEM CONJUNTO NEURO- BMF.

**Dados coletados anteriormente      utilizar na impressão?**

### Conduta

Em observação



ADRIANO DUARTE QUINTANS  
(2442/PB)

DJONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES





**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
**Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090**  
**Tel: 32165700**  
**CNES:**

Paciente <b>DJONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES</b>	BAE 1034130	Date/Hora Entrada 13/10/2017 21:27:10	Date Saída
Data de nascimento 23/08/2000	Idade 17	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 999482329
MSE <b>NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO</b>			Pronunciário
Endereço <b>TENENTE MANOEL VASCONCELOS SAMPAIO, 105</b>	Bairro <b>ALTO DO MATEUS</b>	Município <b>JOÃO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE</b>	Nº Cons. Regional <b>6215/PB</b>
Data/Hora Classificação 13/10/2017 21:27:10		Data/Hora Prescrição 14/10/2017 09:18:55	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula	Senha	

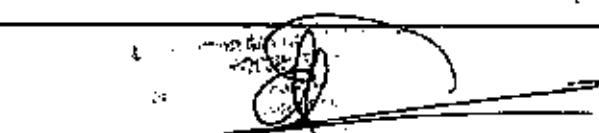
**Anamnese****##NEUROCIRURGIA##**

PACIENTE POLITRAUMATIZADO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, ESTAVA COM CAPACETE SEGUNDO RELATO DOS FAMILIARES.

NO MOMENTO, SONOLENTO, DESPERTÁVEL, LOCALIZANDO DOR, MANTENDO COM RESPOSTAS INCOERENTES ÀS PEGUNTAS SIMPLES, PUPILAS ISOCÓRICAS E REATIVAS. MOBILIZANDO OS 4 MEMBROS SEM DIFICULDADES.

**TCC E TC DE FACE:**

MÚLTIPHAS FRATURAS DOS OSSOS DA FACE.  
 PNEUMOENCÉFALO TEMPORAL ESQUERDO.  
 SEM COLEÇÕES INTRACRANIANAS.

**CD:****OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA****REPETIR TOMOGRAFIA DO CRÂNIO EM 24 HORAS****ANALGÉSIA + AINES****PACIENTE PODE SER INTERNADO PELA BMF PARA TRATAMENTO****Conduta****Em observação**


**EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE  
(6215/PB)**

**DJONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES**



Crus de Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
**Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090**  
**Tel: 32165700**  
**CNES:**

Paciente <b>DIONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES</b>	BAE <b>1034130</b>	Date/Hora Entrada <b>13/10/2017 21:27:10</b>	Date Bate
Data de nascimento <b>23/08/2000</b>	Idade <b>17</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 999482328</b>
Mãe <b>NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>TELENTE MANOEL VASCONCELOS SAMPAIO, 105</b>	Bairro <b>ALTO DO MATEUS</b>	Município <b>JOÃO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANDERSON MATON DE SOUZA SANTOS</b>	Nº Cons. Regional <b>5644/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>13/10/2017 21:27:10</b>		Date/Hora Prescrição <b>14/10/2017 10:51:57</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

PACIENTE CURSANDO COM FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA. NO MOMENTO CONSCIENTE, SONOLENTO, NÃO RESPONSIVO, LOCALIZANDO A DOR. AO EXAME FÍSICO: MOVIMENTO DE FRAGMENTOS EM REGIÃO MENTONIANA + RETROPOSITIONAMENTO MANDIBULAR + EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITÁRIO ESQUERDO. AO EXAME TOMOGRÁFICO: FRATURA DE SÍNFISE MANDIBULAR E CÔNDILO BILATERAL + HEMOSSINUS MAXILAR E ESFENOIDAL ESQUERDO + PNEUMOENCÉFALO TEMPORAL À ESQUERDA.

CD:1)PACIENTE CIRÚRGICO ELETIVO PELA BMF 2)PRESCRIÇÃO HOSPITALAR 3)SOLICITO EXAMES HEMATOLÓGICOS

### DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: PASTOSA)

JELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.



### MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 50,0 MG

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 2,0 ML SE NECESSÁRIO NAÚSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 2,0 ML SE NECESSÁRIO DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)


**Identificação do paciente**

ID 1218758	Nome DJONATHA ROBERTO CARNEIRO DOS SANTOS SALES			Sexo Masculino
Data de nascimento 23/08/2000	Idade 17 anos 1 mes 23 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Pai ROBERTO DOS SANTOS SALES
Mãe NAYZE CARNEIRO DOS SANTOS SALES				Responsável (Parentesco) MARIA MADALENA DOS SANTOS - AVO(O)
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO				DDD Fixo
DDD Móvel 83	Fone Móvel 889482329			Fone Fixa
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4162857			Nº Cns
Local de procedência ALTO DO MATEUS				Tipo BAIRRO
País BRASIL	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
		CBOR		

**Endereço**

CEP 58080270	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro TENENTE MANOEL VASCONCELOS SAMPAIO
Número 105	Complemento	Bairro ALTO DO MATEUS	

**Admissão**

Data e Hora 13/10/2017 21:27:10	Número da pulseira 100006313004	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte AMU	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

**Exames complementares**

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonorografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	----------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

 Atendido por  
THIATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

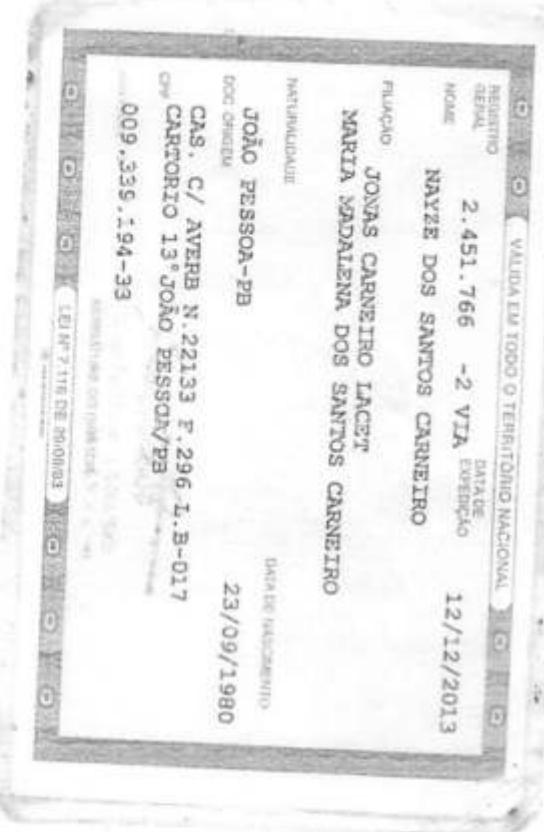
Imprimir





Mayte (NTOPI)





## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFN9800

2017

\*\*\*\*\*

	QFN9800	Último Licenciamento: 2017
		Proprietário: *****
PASSA / MOTOCICLETA	ALCO/GASOL	Placa: QFN9800
HONDA/NXR160 BROS ES	2014 2014	Combustível: ALCO/GASOL
		Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS ES
		Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA
		Ano de Fabricação: 2014
		Ano Modelo: 2014
		Categoria: PARTICULAR
		Cor Predominante: BRANCA
		Vencimento Licenciamento: 28/12/2018
		Observação:
		Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA
		Financeira: #####
		Município: JOAO PESSOA
		Situação: RESTRICAO ROUBO/FURT
		Data da Consulta: 23/10/2018
JOAO PESSOA	23/10/2018	





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180498753      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DJONATHA ROBERIO CARNEIRO      **Data do acidente:** 13/10/2017      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A  
DOS SANTOS SALES

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.  
FRATURA DA SÍNFISE MANDIBULAR E CÔNDILO BILATERAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(MANDÍBULA-OSTEOSSÍNTESE), CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES E ALTA.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386465/18

**Vítima:** DJONATHA ROBERIO CARNEIRO DOS SAI

**CPF:** 705.021.514-71

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/10/2017

DJONATHA ROBERIO

**Titular do CPF:** CARNEIRO DOS SANTOS

SAI

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

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO : 009.339.194-33

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### DJONATHA ROBERIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES : 705.021.514-71

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- 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.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2018  
Nome: NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO  
CPF: 009.339.194-33

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA