

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 DOS SANTOS SALES **Data do acidente:** 13/10/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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
Total			10 %	R\$ 1.350,00

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

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 13/10/2017

Titular do CPF: DJONATHA ROBERIO
CARNEIRO DOS SANTOS
SALES

CPF de: Próprio

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 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: 14/12/2018
Nome: DJONATHA ROBERIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES
CPF: 705.021.514-71

DJONATHA ROBERIO CARNEIRO DOS SANTOS SAI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

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

Carta nº 13521385



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 LÍDER 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** 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

Carta nº 13532211



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É 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.

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (pai, mãe, tutor ou curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (pai, mãe, tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário 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").

Número do Sinistro ou ASL
0386465/18

CPF da vítima
705.021.514-11

Nome completo da vítima
DOUGLAS ROBERTO (CARNEIRO) DOS SANTOS SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
MAYKE DOS SANTOS CARNEIRO

CPF titular da conta
009.339.194-33

Profissão
TÉCNICA DE ENFERMAGEM

Endereço
R. CEL. JOCA VELHO

Bairro
ALTO DO MATIUS

Cidade
JOÃO PESSOA

Estado
PB

CEP
58090-220

Telefone (DDD)
(83) 99392-8028

Email
ROBERTO.CFC@GMAIL.COM

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

AGÊNCIA NRO. D/V. NRO. CONTA NRO. D/V. (informar dígito se existir)

BANCO NOME NRO. D/V. (informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

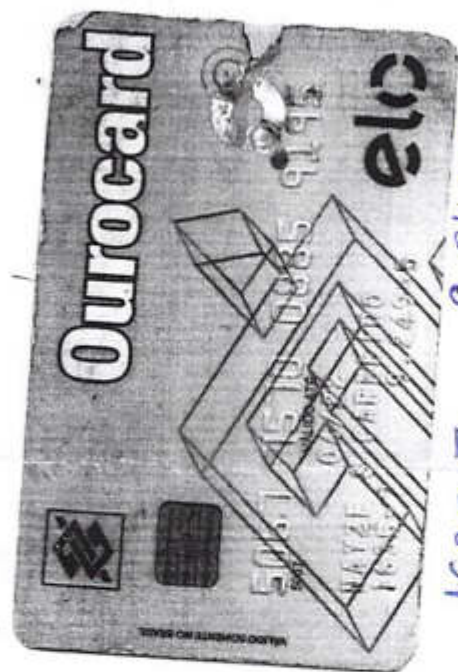
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Seguros efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 23 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



J635-7 9.249-5



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É 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.

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (pai, mãe, tutor ou curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (pai, mãe, tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário 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").

Número do Sinistro ou ASL
0386465/18

CPF da vítima
705.021.514-11

Nome completo da vítima
DOUGLAS ROBERTO (CARNEIRO DOS SANTOS SILVA)

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		MAYKE DOS SANTOS CARNEIRO	
Endereço		R. CEL. JOCA VELHO	
Cidade	JOÃO PESSOA	Estado	PB
CEP	58090-220	CPF	58090-220
Telefone (DDD)	(83) 99392-8028	Profissão	TÉCNICA DE ENFERMAGEM
CPF titular da conta		009.339.194-33	
Complemento		AP. 502 BL. 5	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) (341)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. [] D/V [] CONTA NRO. [] D/V [] (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. [] D/V [] CONTA NRO. [] D/V [] (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Seguros efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 23 de OUTUBRO de 2018

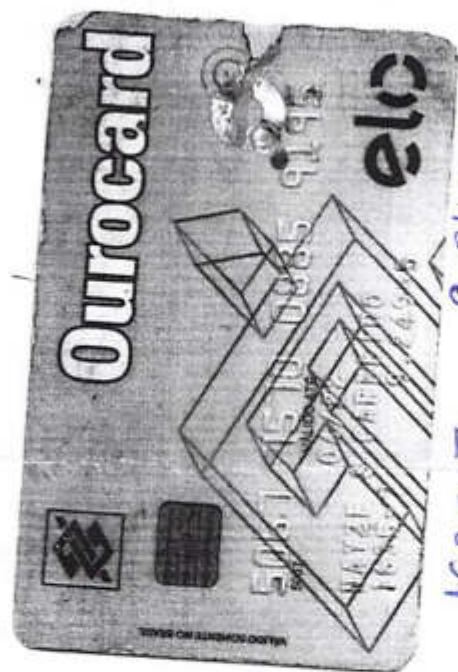
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Allyx dos Santos Carneiro





J635-7 9.249-5



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: **0386465118** CPF da vítima: **705.021.514-71** Nome completo da vítima: **DONATHA 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: **Donatha Roberto Carneiro dos Santos** CPF: **705.021.514-71**
Profissão: **Estudante** Endereço: **Rua Cel. João Pessoa** Número: **500** Complemento: **AP 102 BL 1**
Bairro: **Alto do Hátius** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58090-220**
E-mail: **abraao@ce@gmail.com** Tel. (DDD): **(53) 9999-8028**

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

DADOS CADASTRAIS

RENTA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR
☒ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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**

7

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 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.

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 do 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

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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando a vítima, 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, 14/12/2018**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RUGO

x **Donatha Roberto Carneiro dos Santos**
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.



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 I, 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

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

DJONATHA ROBERTO CARNEIRO DOS SANTOS SALES

CPF da Vítima

705.021.514-71

Data do Acidente

13/10/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO

Email

ABRAOCEC@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 atenda 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 Líder 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: **0386465118** CPF da vítima: **705.021.514-71** Nome completo da vítima: **DONATHA 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: **Donatha Roberto Carneiro dos Santos** CPF: **705.021.514-71**
Profissão: **Estudante** Endereço: **Rua Cel. João Pessoa** Número: **500** Complemento: **AP 102 BL 1**
Bairro: **Alto do Hatus** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58090-220**
E-mail: **abraao@ce@gmail.com** Tel. (DDD): **(83) 99992-8028**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR
☒ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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**

7

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 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.

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 do 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

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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando a vítima, 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, 14/12/2018**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RUGO

x **Donatha Roberto Carneiro dos Santos**
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

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
Estatístico
CREIS 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

RUA CEL JOCA VELHO, 500 / AP 102 BL - ALTO DO MATEUS

JOAO PESSOA / PB CEP: 58090220 (AG: 1)

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

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa /

Roteiro: 9 - 1 - 166 - 3730

Nº medidor: 00008778391

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDOR

ONPJ09 095 183 / 0021-40 In

Nota Fiscal / Conta de Energia Ele

Cód. para Dêb. Autom

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.ene

Conta referente a

Out / 2018

Apresentação

17/10/2018

Data prevista da
próxima leitura

16/11/2018

CPF/C

009.339.19

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/17690

Canal de contato



Anterior

Atual

Constante

Consumo

Data	Leitura	Data	Leitura		
17/09/18	3008	17/10/18	3133	1	125

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base Calc	Alíq. Icms (R%)	Base Icms	Valor Icms (R\$)
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Folha de R\$	
0801	Consumo em kWh	125,000	0,825800	103,22	103,22	27	27,87
0801	Adic. B. Vermelha			9,92	9,92	27	2,43
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIB SERV. ILUM. PÚBLICA			4,48	0,00	0	0,00

NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO
 RUA CEL JOCA VELHO, 500 / AP 102 BL - ALTO DO MATEUS
 JOAO PESSOA / PB CEP: 58090220 (AG: 1)



Emissão: 17/10/2018 Referência: Out / 2018
 Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa /
 Roteiro: 9 - 1 - 166 - 3730 Nº medidor: 00008778391

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA
 CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est.

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica
 Cód. para Dêb. Autom.

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Out / 2018

Apresentação

17/10/2018

Data prevista da
próxima leitura

16/11/2018

CPF/CNPJ

009.339.19

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/17690

Canal de contato



Anterior

Atual

Constante

Consumo

Data	Leitura	Data	Leitura		
17/09/18	3008	17/10/18	3133	1	125

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS	ICMS
0801	Consumo em kWh	125,000	0,825800	103,22	103,22	27	27,87	103,22	
0801	Adic. B. Vermelha			9,02	9,02	27	2,43	9,02	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB SERV. ILUM. PÚBLICA			4,48	0,00	0	0,00	0,00	

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FERNANDA GOMES DA SILVA,
RG nº 2.629.988, data de expedição 01/06/2018,
Órgão SSDS-IPB, portador do CPF nº 054.423.594-97, 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
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima DIONATHA ROBERTO CARNEIRO DOS SANTOS SALES cujo o condutor era
DIONATHA ROBERTO CARNEIRO DOS SANTOS SALES

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA NXR 150 BROS
Ano: 2014
Placa: QFN 9800
Chassi: 9C2KDDOSSOER 232441
Data do Acidente: 03/10/2018
Local e Data: JOÃO PESSOA, 04/10/2018

Fernanda Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

Decarlinto
108 Ofício

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

Decarlinto
Conta com a gente

Rua Fernando Luis Henrique dos Santos, 75 - Jardim Cidade
João Pessoa - PB - CEP: 53021-050 - Fone: (31) 3294-1000
www.decarlinto.com.br @decarlinto
Eduardo Sérgio Albuquerque

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

FERNANDA GOMES DA SILVA

En test, da verdade, João Pessoa-PB 04/10/2018 15:38:2

Debora Ferreira Vieira de Sena - Escrevente

(2018-077050)ENDL:R\$ 89,48 FARPEN:R\$ 0,20 FEPJ:R\$ 1,74 ISS:R\$ 0,00

SEL0 DIGITAL: AMP16889-SEAN

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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2.626.988 - 2ª VIA

DATA DE
EXPIRAÇÃO

07/06/2018

NOME

FERNANDA GOMES DA SILVA

FILIAÇÃO

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 Nº 8808 61 - LIV B-106 - FL 5.34 -
CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA PB

CPF

057.423.594-97

Assinatura
Assinatura

13.11.2016 DE 29/08/83



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





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, movimentados 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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE EM ORT
- 2) ANESTESIA GERAL NASOTRAQUEAL
- 3) ASSESSORIA EXTRA INTRA ORAL
- 4) POSICIONAMENTO DO CABELO

Incisão:

- 1) INCISÃO LOCAL COM NOVA ORT
- 2) CIRCUNSCRIÇÃO DA ORT
- 3) INCISÃO EXTRA ORAL SUBMUCOSA + DESBORDAMENTO
- 4) OMMENGA DO PLANO DESENVOLVIMENTO

Achados:

+ BIODORO LACIO MUNHOZ

- 1) REDUÇÃO + EVACUAÇÃO DAS FRATURAS COM UMA PLACA DE FURTO SISTEMA
- 2) 2.0 COM 12 FURTO DE 19mm x 227mm; PLACA DUREZA 3.5 COM 3 FURTO DE 9mm + PLACA DE 1A FURTO SISTEMA 2.4 COM 25 FURTO DE 18mm
- 3) DE 18mm

Conduta:

- 1) REDUÇÃO COM OSA
- 2) SUTURA DO PLANO
- 3) REDUÇÃO DA ORT
- 4) FIM DA CIRURGIA

Fechamento:

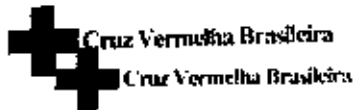
Observação:



Médico/CRM:

André Gustavo B. Luna
Geografia - Médico - Focel
CRM 3040-PR

João Pessoa, 23/10/17



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



Impressão em 26/10/2017 10:04:37

Paciente DJONATHA ROBERIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES		Boletim de Atendimento 1034130	Data/Hora Entrada 13/10/2017 21:27:10		Data/Hora Saída 26/10/2017 22:32:03	
Data de Nascimento 23/08/1988	Boletim de Atendimento 1033207	Idade 17	Sexo Masculino	Data/Hora Entrada 26/10/2017 15:25:04	CNS 700804985030007	Data/Hora Saída 104822
Tempo de Internação 11d 19h 08min	Idade 47	Sexo Masculino	Convênio SUS	CNS 709803003133293	Prontuário 104767	Plantão DIURNO
Tempo da Internação 15d 11h 36min		Convênio SUS		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 MOTOCICLISTICO, 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:
MÚLTIPLAS FRATURAS DOS OSSOS DA FACE.
PNEUMOENCEFALO 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





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000844760

Paciente: DJONATHA RIBEIRO DOS SANTOS SALES

Idade: 17 anos

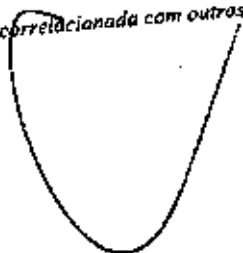
Data: 13/10/2017

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


Tr

Al
D/

A



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


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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

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 pneumoencefalo.

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

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 clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Dr. José Lopes de Almeida Filho
Neurocirurgião
CRM/PB 65575



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



GOVERNO
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 DJONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES	BAE 1034130	Data/Hora Entrada 13/10/2017 21:27:10	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/2000	Idade 17	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 999482329
Mão NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO		CNS	Prontuário
Endereço TENENTE MANOEL VASCONCELOS SAMPAIO, 105	Bairro ALTO DO MATEUS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB
Data/Hora Classificação 13/10/2017 21:27:10		Data/Hora Prescrição 13/10/2017 23:09:42	
Convênio S	Nº Matricula		Senha

Anamnese

##NEURO##

PACIENTE POLITRAUMATIZADO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ESTAVA SEM 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:
MÚLTIPLAS FRATURAS DOS OSSOS DA FACE.
PNEUMOENCÉFALO TEMPORAL ESQUERDO.
SEM COLEÇÕES INTRACRANIANAS.

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

Dr. Lavoisier Felfosa Neto
Neurointervencionista Endovascular
Neurocirurgia CRM-PB 7030

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., 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

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 DJONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES	BAE 1034130	Data/Hora Entrada 13/10/2017 21:27:10	Data Bateria
Data de nascimento 23/08/2000	Idade 17	CNS	Telefone de Contato (83) 998482329
Mãe NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO	Sexo Masculino		Prontuário
Endereço TENENTE MANOEL VASCONCELOS SAMPAIO, 105	Bairro ALTO DO MATEUS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ADRIANO DUARTE QUINTANS	Nº Cons. Regional 2442/PB
Data/Hora Classificação 13/10/2017 21:27:10		Data/Hora Prescrição 13/10/2017 22:44:13	Senha
Convênio S	Nº Matrícula		

Anamnese

PACIENTE 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.

Conduta

Em observação

ADRIANO DUARTE QUINTANS
(2442/PB)

DJONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES



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 DJONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES		BAE 1034130	Data/Hora Entrada 13/10/2017 21:27:10	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/2000	Idade 17	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 999482320
Mãe NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO			Prontuário	
Endereço TENENTE MANOEL VASCONCELOS SAMPAIO, 105		Bairro ALTO DO MATEUS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional POLYANNA NASCIMENTO	Nº Cons. Regional 9522/PB	
Data/Hora Classificação 13/10/2017 21:27:10			Data/Hora Prescrição 13/10/2017 21:35:38	
Convênio		Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

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

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

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

LOGRAFIA DE TORAX (APIÇO-LORDOTICA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

ULTRASSONOGRRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Polyanna Nascimento
 Cl. Residência
 Med. Cirurg. PB
 CRM/PB 9522

Polyanna Nascimento
 Clínica Geral
 Médica Residente
 CRM/PB 9522

POLYANNA NASCIMENTO
 (9522/PB)

DJONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES





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

Anamnese

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

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

Anamnese

##NEUROCIRURGIA##

PACIENTE POLITRAUMATIZADO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, 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:

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

CD:

OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA
REPETIR TOMOGRAFIA DO CRÂNIO EM 24 HORAS
ANALGESIA + AINES

PACIENTE PODE SER INTERNADO PELA BMF PARA TRATAMENTO

Conduta

Em observação


EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE
(6215/PB)

DJONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES



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 OJONATHA ROBERIO DOS SANTOS SALES		BAE 1034130	Data/Hora Entrada 13/10/2017 21:27:10	Data Saida
Data de nascimento 23/08/2000	Idade 17	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 999482328
Mãe NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO				Prontuário
Endereço TENENTE MANOEL VASCONCELOS SAMPAIO, 105		Bairro ALTO DO MATEUS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDERSON MATKON DE SOUZA SANTOS		Nº Cons. Regional 5844/PB
Data/Hora Classificação 13/10/2017 21:27:10			Data/Hora Prescrição 14/10/2017 10:51:57	
Convênio SUS		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 + RETROPOSICIONAMENTO MANDIBULAR + EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITÁRIO ESQUERDO. AO EXAME TOMOGRÁFICO: FRATURA DE SÍNFISE MANDIBULAR E CÔNDILO BILATERAL + HEMOSSINUS MAXILAR E ESFENOIDAL ESQUERDO + PNEUMOENCÉFALO TEMPORAL A 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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA); ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MG/TSM)

Diluir

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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA); ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MG/TSM)

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 (MG/TSM)

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 (MG/TSM)

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 ROBERIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES			Sexo Masculino
Data de nascimento 23/08/2000	Idade 17 anos 1 mes 23 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NÃO INFORMADA	Prontuário 104822
Mãe NAYZE CARNEIRO DOS SANTOS SALES	Pai ROBERIO DOS SANTOS SALES			
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO	Responsável (Parentesco) MARIA MADALENA DOS SANTOS - AVO(O)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 889482329	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4182857	Nº Cns		
Local de procedência ALTO DO MATEUS	Tipo BAIRRO		UF PB	
Endereço	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58090270	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

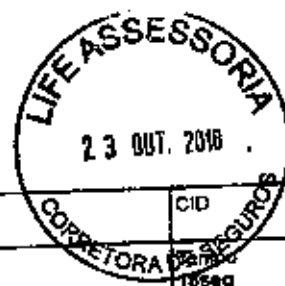
PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

 Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA


Imprimir



WAZE (HOP).

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.162.857 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/04/2013

NOME DJONATHA ROBERTO CARNEIRO DOS SANTOS SALES

FILHO ROBERTO DOS SANTOS SALES

NAYZE CARNEIRO DOS SANTOS SALES

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGEM NASC.N.86625 FLS.61 L.D.A-93

CARTÓRIO JOÃO PESSOA-PB

CPF 705.021.514-71

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO 23/08/2000



005-02

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO




Mayze dos Santos Carneiro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.451.766 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 12/12/2013

NOME MAYZE DOS SANTOS CARNEIRO

FILIAÇÃO JOXAS CARNEIRO LACET
MARIA MADALENA DOS SANTOS CARNEIRO

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO 23/09/1980

DOC. CIVIL CAS. C/ AVERB. N. 22133 F. 296 L. B-017
CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA/PB

009.335.194-33

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFN9800

2017

Imprimir Consulta

QFN9800

PASSA / MOTOCICLET ALCO/GASOL

HONDA/NXR160 BROS ES 2014 2014

PARTICULAR BRANCA

28/12/2018

ALIENACAO FIDUCIARIA

JOAO PESSOA

23/10/2018

Último Licenciamento: 2017
Proprietário: *****
Placa: QFN9800
Combustível: ALCO/GASOL
Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS ES
Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
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



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA DJONATHA ROGERIO CARNEIRO DOS SANTOS SALES
 DATA DO ACIDENTE 13/10/2018 CPF DA VÍTIMA 705.021.514-71
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO NAYJE DOS SANTOS CARNEIRO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É MÃE
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. CEL. JOCA VELHO
 Nº 500 COMPLEMENTO AP. 102 BL. 1 BAIRRO ALTO DOMATEUS
 CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58.090-220
 E-MAIL ABRAAO.CFC@GMAIL.COM TELEFONE (83) 99192-8028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGUROSAVIDA.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/10/2018IDENTIDADE 2.451.766ASSINATURA Nayje dos Santos Carneiro

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA

DATA 23 OUT. 2018

NOME

ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386465/18

Vítima: DJONATHA ROBERIO CARNEIRO DOS SAI

CPF: 705.021.514-71

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 13/10/2017

Titular do CPF: DJONATHA ROBERIO
CARNEIRO DOS SANTOS
SALES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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

NAYZE DOS SANTOS CARNEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA