



Número: **0825651-23.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.700,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MONICA DOS SANTOS ALVIM (AUTOR)</b>	<b>ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)</b> <b>JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32227 627	10/07/2020 11:53	<a href="#"><u>2733123_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABETRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 245141 Attd: Nao Regulado  
Data: 15/07/2019  
Hora: 14:04:24  
Repcionista: GISELLE ETELVINO DE AL  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MONICA DOS SANTOS ALVIM

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2018.01.000355

CNS: 701201781000393 Sexo: F IDENTIDADE: 4491241 Fone: 997303934

Natural: MACEIO/AL Data Nasc.: 21/10/1979 Id: 39 ano(s)

End.: ERMENEGILDA DIAS, 161

Bairro: MARCOS MOURA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB

Mae: MARIA JOSE DOS SANTOS ALVIM

Pai: PEDRO BATISTA ALVIM

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: DOMESTICA (DONA-DE-CASA)

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MONICA DOS SANTOS ALVIM

**FATURADO**

Tel/Doc. Responsavel: 997303934 / IDENTIDADE: 4491241

Procedencia: RESIDENCIA

11

VISTO

Transporte utilizado: COL.MTXMT HJ HA TARDE EM BAYUEX NA AV. LIBERDADE

Vitima de acidente por: CARONA. SIC. A MESMA

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito			

Queixa Principal

Observacao

TRAUMA EM MAO E

030108006-1 030108010-

História - Exame fisico (hora do atendimento medico)  
Pto. Nervos de ac. de dor, dor e edema em mão esq e ferido E

Diagnóstico Fratura do 4º qd

concreto do joelho D

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Heitor Souza L. NOBRE  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia Ortopédica e Cotovelo

Dr. Tibirica Medeiros  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia Ortopédica e Cotovelo  
CRM-PI 729 CRM/PE 18474  
TEOT 15093



-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
3				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia       Transferido       Desistencia       UTI  
 Alta a pedido       Enfermaria      Obito:  Atestado  SVO

*R. Nônia de Sáto, plm*

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Med





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00615.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00615.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra. Às 13:00:15 horas do dia 17 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Monica dos Santos Alvim**, RG nº 4491241 SSP/PB, CPF nº 090.457.514-45, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, profissão Do Lar, filho(a) de Pedro Batista Alvim e Maria José dos Santos Alvim, natural de Maceio/AL, nascido(a) em 21/10/1979 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) José Miranda Filho, Nº 221 A, complemento Casa, bairro Marcos Moura, tendo como ponto de referência Próximo a Pousada, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98811-9192.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Avenida Liberdade, Jc Ferragens, Bayeux/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/07/19 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia 15/07/2019, por volta das 13:00 estava na garupa da Motocicleta, HONDA/CG 150 FAN ESDI ano/mod 2013/2014, Cor: Vermelha, placa: OXO4189/PB, -Chassi: 9C2KC1680ER457266, registrada em nome de Monica dos Santos Alvim, conduzida por Antonio Marcos da Silva - CPF: 860.175.274-87, na Av. Avenida Liberdade - Bayeux/PB, quando foi surpreendida por outra motocicleta na rua paralela, vindo a colidir, fazendo com que a noticiante caísse ao solo, onde terceiros conduziu a noticiante, para o Complexo Hospitalar Mangabeira Gov. Tarcisio Buriti -onde foi atendida e submetida a cirurgia e diagnosticada com edema de mão esquerda e dor palpação, conforme prontuário emitida pela Dra. Andréa - CRM 13745.

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, 17 de janeiro de 2020.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
MONICA DOS SANTOS ALVIM  
Noticiante

Procedimento Policial: 00615.01.2020.1.00.401

1/1





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  090.457.514-45 Mônica dos Santos Alvim

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

5 - Nome completo:  6 - CPF:  090.457.514-45  
 7 - Profissão:  8 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:   
 11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:  PB 58085-058  
 15 - E-mail:  16 - Tel. (DDD):  (83) 98663-4900

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

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

### 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  1033 CONTA:  00114673 9

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existe) (Informar o dígito se mistur)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar a minha contabilidade informada, de minha titularidade, o valor de indenização/retorno do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos?  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
 Vivos:  Falecidos:  Falecidos:  Falecidos:  Falecidos:  Falecidos:

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

34 -    
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:   
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1º | Nome:   
 CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:   
 CPF:

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:  
 40 - Local e Data:  João Pessoa - PB 30/01/2020.  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):  Mônica dos Santos Alvim

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



# CONTA POUPANIA FÁCIL

MENOR:

GERADOR:

11/12/2019

000654868

Tuana2

CONTA: 1033.013.00114673-9

NAME: MONICA DOS SANTOS ALVIM

PF: 09045751445

OD. OPERACAO: 345403273

OPERAÇÃO REALIZADA COM  
SUCESSO

AC CAIXA: 0800 726 0101 (informativos,  
reclamações, sugestões e elogios)

para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Divulgação: 0800 726 2492





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

---

**Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200059730**      **Vítima: MONICA DOS SANTOS ALVIM**

**Data do Acidente: 15/07/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MONICA DOS SANTOS ALVIM**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

**Recebedor: MONICA DOS SANTOS ALVIM**

**Valor: R\$ 675,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000001033**

**Conta: 00000114673-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Pag. 00177/00178 - carta\_15R - INVALIDEZ



**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

---

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200059730**      **Vítima: MONICA DOS SANTOS ALVIM**

**Data do Acidente: 15/07/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MONICA DOS SANTOS ALVIM**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00203/00204 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030102

Carta nº 15477617



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:53:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011535006300000030881203>  
Número do documento: 20071011535006300000030881203

Num. 32227627 - Pág. 7

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: MONICA DOS SANTOS ALVIM

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000114673-9

---

Nr. da Autenticação E4D51654A529EE9D



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:53:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011535006300000030881203>  
Número do documento: 20071011535006300000030881203

Num. 32227627 - Pág. 8

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0048719/20

**Vítima:** MONICA DOS SANTOS ALVIM

**CPF:** 090.457.514-45

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/07/2019

**Titular do CPF:** MONICA DOS SANTOS ALVIM

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**MONICA DOS SANTOS ALVIM : 090.457.514-45**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/02/2020  
Nome: MONICA DOS SANTOS ALVIM  
CPF: 090.457.514-45

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

MONICA DOS SANTOS ALVIM

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:53:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011535006300000030881203>  
Número do documento: 20071011535006300000030881203

Num. 32227627 - Pág. 9

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200059730      **Cidade:** Bayeux      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MONICA DOS SANTOS ALVIM      **Data do acidente:** 15/07/2019      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL  
SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 10/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER) PGS 5,6  
ALTA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 4º QUIRODÁCTILO  
sequelas: ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>



OMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI  
UA: AGÊNCIA FISCAL JOSE COSTA DUARTE 5/N  
8056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
AX: ( ) CNPJ:

Data: 01/08/2019  
Hora: 14:00:30  
Repcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIGUES  
Clinica: ~~Unicaja~~ Ortopedia

ADOS DO PACIENTE  
Nome: MONICA DOS SANTOS ALVIM Num. de vezes atendido: 4  
NIS: 704201781900383 Sexo: F IDENTIDADE: 4491241 Fone: 987303934  
Natural: MACEDO/AL Data Nasc.: 21/10/1979 Id: 39 ano(s)  
End.: ERMENEGILDA DIAS, 161  
Bairro: MARCOS MOURA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB  
Mae: MARIA JOSE DOS SANTOS ALVIM Pai: PEDRO BATISTA ALVIM  
Nacionalidade: PARADA Etnia: SEM INFORMACAO  
Cupacão: DOMESTICA (DONA-DE-CASA) Estado Civil: CASADO(A)  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMETRO GRAU COMPLETO  
Respons.: MONICA DOS SANTOS ALVIM  
Sal/Doc. Responsavel: 987303934 / IDENTIDADE: 4491241  
Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO  
/vitima de acidente por: NAO  
/vitima de violencia por: NAO  
[ ] Caso Policial

RE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO  
Tipo de Classificação de Risco: VERDE  
PA: FR: [ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
PC: TP: [ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
Peso: Altura: [ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
Sicose: IMC: [ ] Diarreia [ ] Agitado  
Circ. Abd: O2%: [ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Sintoma Principal Observacao

HERCURRENCIA  
Avenida que estava em acompanhamento  
ambulanciatal porém veio com piora da dor

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Edema mã<sup>o</sup> ( )  
Dor palpável  
criptalge

ex: fratura ban fp 4º dedo direito

Diagnóstico Fratura ban fp 4º dedo | Conduta Interno para tratamento uniglo  
orientação geral

Prescrição | Horário da medicacão

Dr. Andrade - Ortopedia  
Data: 01/08/2019  
Horário: 14:00:30  
Assinatura: Dr. Andrade - Ortopedia  
Data: 01/08/2019  
Horário: 14:00:30



ata e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

06/08 - Psico los 8 - 1

Realizado reavaliante + orient.

Mery de Medeiros  
Psicóloga Clínica e Hospitalar  
357-226.004-49  
CRP 13/2968

#### ANOTACOES DA ENFERMAGEM

de	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

#### OCEDIMENTO REALIZADO

#### ESTADO DO PACIENTE

Residencia  Transferido  Desistencia  UTI  
 Alta a pedido  Enfermaria  Obito:  Atestado  SVO  IML

*Suelio Moreira dos Santos Torres*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>MENINA DUL YANICE ALVIM</u>		Data da Admissão: <u>01 / 08 / 19</u>	
Pronome: _____ Idade: _____		Enfermaria: _____ Leito: _____	
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____		Profissão: _____	
Sexo: F (X) M ( ) Cor: _____ Estado Civil: _____		Religião: _____	
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____			
QPD: <u>Dor e edema 4º dito mā (E)</u>			
HDA: <u>edema APA há 15 dias e dor e edema na mā (E)</u>			
<u>Compareceu com queixa de dor e piora inchaços</u>			
Medicamentos em uso: <u>Ning</u>			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Gerat:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Catafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Histeria <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>Pele:</b>			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
<b>ABD e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
<b>AGU:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
<b>SN e PSQ:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**Doenças Ativas:  Artrite  Artrite Reumatoide

Alergias:

Cirurgias:

 JHAS  JDM  JIB  JHEP  JDislipidemia  JBanho de Rio  JCasa de Taipa JTrauma  JNeo  JTabagismo JAlcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias: \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele:  Norm.  Anormal

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: Rx: *radiografia articular braço FP 4º dia*Hipóteses Diagnósticas: *Radiografia braço FP 4º dia articular com dor*Conduta: *analgesia.**orientações gerais**internar para tratamento cirúrgico**Dr. André*



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Neimila Santos Oliveira</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:	2º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Enfermeira faltando pele 400g (E)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O. Oliveira</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Osteomielite</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fidalgo José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Decúbito pradojano abr

Incisão:

anuloplastia intrusifila

do anel do fôrme

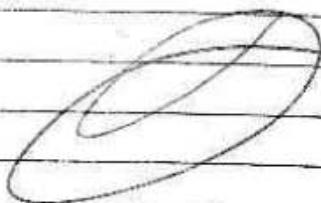
Achados:

telangiectasias (E).

Fiss (B) 35

Conduta:

sem intercessões.



Fechamento:

OBS:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:53:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011535006300000030881203>  
Número do documento: 20071011535006300000030881203

Num. 32227627 - Pág. 16



**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME LIMA		SEXO FEM		CLÍNICA		PONTUARION	
ENDER						ENF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 01/07/19		DATA DE ALTA 07/07/19				TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fractura bres fêmur por. 4ºG.R. (E)						CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO P. luxus							
OUTROS DIAGNÓSTICOS							
PRINCIPAIS EXAMES							
PROCEDIMENTO REALIZADO: Tros (B) 1x5							
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA							
ANATOMIA PATOLÓGICA							
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA							
CONDIÇÃO DE ALTA <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO				CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO			
RESUMO CLÍNICO		HISTÓRIA EVOLUÇÃO, TRATAMENTO, COMPLICAÇÕES					
<i>Fractura bres fêmur (E)</i>							

**ORIENTAÇÕES PÓS ALTA**

DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias.

CREADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

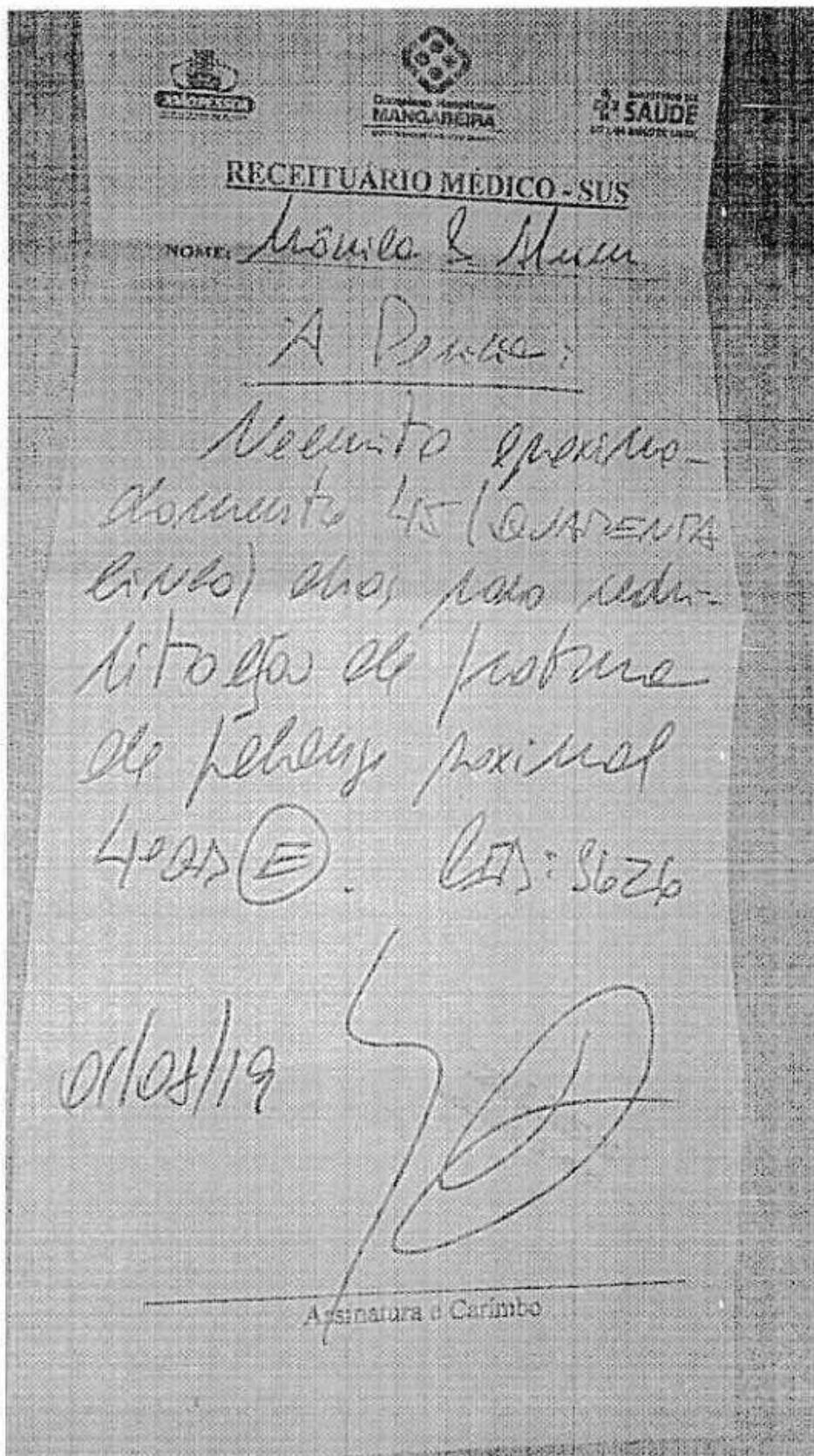
RETORNO Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do \_\_\_\_\_ em 30 dias para revisão.

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/07/2020 11:53:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011535006300000030881203>  
Número do documento: 20071011535006300000030881203

Num. 32227627 - Pág. 19





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:  Mônica dos Santos Alvim

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

5 - Nome completo:  Mônica dos Santos Alvim  6 - CPF:  090.457.514-45  
 7 - Profissão:  RECUSO  8 - Endereço:  R- Ida Cruz  
 11 - Bairro:  Costa e Silva  12 - Cidade:  João Pessoa  13 - Estado:  PB  14 - CEP:  58085-058  
 15 - E-mail:  (83)98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA:  1033

CONTA:  00114673 9

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existe) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, 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 de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo  24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não  29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não  30 - Vítima deixou  Sim  Não  31 - Vítima  Sim  Não  32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos?  Sim  Não  33 - Vítima deixou  Sim  Não  pais/avós vivos?

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

34

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

38 - 1º | Nome:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

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

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 30/01/2020.  
 Mônica dos Santos Alvim

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



# CONTA POUPANIA FÁCIL

MENOR:

GERADOR:

11/12/2019

000654868

Tuana2

CONTA: 1033.013.00114673-9

NAME: MONICA DOS SANTOS ALVIM

PF: 09045751445

OD. OPERACAO: 345403273

OPERAÇÃO REALIZADA COM  
SUCESSO

AC CAIXA: 0800 726 0101 (informativos,  
reclamações, sugestões e elogios)

para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Divulgação: 0800 726 2492

