

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

Ficha Nr: 245141 Atd: Nao Regulado
Data: 15/07/2019
Hora: 14:04:24
Recepcionista: GISELLE ETELVINO DE ALI
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MONICA DOS SANTOS ALVIM

CNS: 704201781900393 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

Ocupação: DOMESTICA (DONA-DE-CASA)

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO

Resp.: MONICA DOS SANTOS ALVIM

Tel/Doc. Responsavel: 987303934 / IDENTIDADE: 4491241

Procedencia: RESIDENCIA

FATURADO

VISTO

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

Vitima de acidente por: CARONA. SIC. A MESMA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

EC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observacao

Queixa Principal

TRAUMA EM MAO E

Historia - Exame Físico (hora do atendimento médico)

0301060061 030108010-
Paciente de ac. de mão, com
dor e edema no 1º e 2º dedo E

Diagnostico

Fratura do 4º e 5º
metacarpo do 1º e 2º

Prescrição

Horario da medicação

Dr. Tibirica Medeiros
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia Ombro e Cotovelo
CRM-PA 7256 CRM-PE 18472
TEC-15068

Dr. Tibirica Medeiros
Ortopedia Traumatologia

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Mônica de S. Almeida

Assinatura do Paciente/Responsavel

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 íntegra. Às 10:15 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 221A, 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. Tarcísio Burty -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, excepo 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 090.457.514-45 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 SUSEF Nº 445/2012

5 - Nome completo: Mônica dos Santos Alvim 6 - CPF: 090.457.514-45
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R. da Cruz 9 - Número: 235 10 - Complemento:
11 - Bairro: Costa e Silva 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1033 ☐ CONTA: 00334673 9 AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Ingressos
Assinatura
e
Assinatura
do
Beneficiário

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CONTA POUPANÇA FÁCIL

CONVENIO:

11/12/2019

OPERADOR:

000654868

luana2

CONTA: 1033.013.00114673-9
NOME: MONICA DOS SANTOS ALVIM
CPF: 09045751445

COD. OPERAÇÃO: 345403273

OPERAÇÃO REALIZADA COM
SUCESSO

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

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

Ouvindo: 0800 726 2492

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**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0048719/20

Vítima: MONICA DOS SANTOS ALVIM

CPF: 090.457.514-45

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 15/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MONICA DOS SANTOS ALVIM

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 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

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
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
Total			5 %	R\$ 675,00

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO Burity

Data: 01/08/2019

UA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 14:00:30

8056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIGUES

AX: () CNPJ:

Clinica: ~~ORTOPEDIA~~ Ortopedia

ADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 4

ome: MONICA DOS SANTOS ALVIM

Num. Prontuario: 2018.01.000355

NS: 704201781900383 Sexo: F IDENTIDADE: 4491241 Fone: 987303934

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

nd.: ERMENEGILDA DIAS, 161

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

ae: MARIA JOSE DOS SANTOS ALVIM

Pai: PEDRO BATISTA ALVIM

aca: PARDA Etia: SEM INFORMACAO

cupação: DOMESTICA (DONA-DE-CASA)

Estado Civil: CASADO(A)

NFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO

esp.: MONICA DOS SANTOS ALVIM

al/Doc. Responsavel: 987303934 / IDENTIDADE: 4491241

edencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANS?. PUBLICO

itima de acidente por: NAO

itima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

RE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

ipo de Classificação de Risco: VERDE

A: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

C: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

eso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

licemia: TMC:

[] Diarreia [] Agitado

irc. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

ixa Principal

Observacao

ERCORRENCIA

relata que estava em acompanhamento
ambulatorial porém evoluiu com piora da dor

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Edema mão (E)

por palpação
cripitação

ex fratura baa FP 4º dedo desviado

Diagnostico Fratura baa FP 4º dedo

Conduta

interno para tratamento cirurgico
orientações gerais

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Andreza M. Macedo
CRM 110011/2019 - 13745

data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

06/08 - Psicologia -

Realizar atendimento + orient.

Dr. Nery de Medeiros
Psicólogo Clínico e Hospitalar
357.226.004-49
CRP 1312968

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

de	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESEJO DO PACIENTE

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

* Alcinéia dos Santos Almeida

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 01 / 08 / 19

Nome: MONICA DOS SANTOS OLIVEIRA

Prontuário: 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: dor e edema 4º dedo mão (E)

HDA: queixa de dor há 15 dias e dor e edema na mão (E)

comparece com queixa de dor e placa verrucosa

Medicações em uso: Nula

Interrogatório Sintomatológico:

Gerat: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros:

Pele:

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: Visão:

AR e ACV: [] Dor [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema Outros:

ABD: [] Dor [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras:

SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:Doenças Anteriores: hipertensão

Alergias: _____

Cirurgias: _____

☐ HAS ☐ DM ☐ TB ☐ HEP ☐ Dislipidemia ☐ Banho de Rio ☐ Casa de Taipa☐ Trauma ☐ Neo ☐ Tabagismo☐ Alcoolismo

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: sem lesões

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: RX: fratura articular base 4º d.Hipóteses Diagnósticas: Fratura base 4º d. articular com dutoConduta: analgesiaorientação geralinternar para tratamento cirúrgico

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Alexandre Santos Almeida</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Corr:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fístula fistuliza por HERNIA</i>					CID ✓
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>D. Abdominal</i>					CID ✓
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>Ostomia</i>					CÓDIGO
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (☒) Não					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (☒) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (☒) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		MOMIL SANTOS ALVES		PRONTUÁRIO Nº	
ENDRE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENT	LEITO
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL		01/08/14		08/08/19	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		Fratura braço direito por 4 pedras (E)		CID	
OUTROS DIAGNÓSTICOS		D. Músculo			
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO		TCS (K) 1x5			
TERAPIA FARMACOLÓGICA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.		☐ SIM ☐ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÃO DE ALTA		☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÃO
Fratura braço direito (E)	

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.

CUIDADOS 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.

08/08/19

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

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



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Mônica L. M. M.

A Prescrição:

Receita médica -
doente 45 (QUARENTA
cinco) dias, para redu-
ção da de pressão
de febre proximal
4000 (E). CTS: 8626

01/04/19



Assinatura e Carimbo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

ALGEMOES DE IDENTIFICACAO

IDENTIFICACAO

L-005




Mônica dos Santos Alvim

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.491.241

DATA DE EXPEDICAO 29/12/2016

NOME

MÔNICA DOS SANTOS ALVIM

FILIAÇÃO

PEDRO BATISTA ALVIM

MARIA JOSÉ DOS SANTOS ALVIM

NATURALIDADE

MACEIÓ-AL

DATA DE NASCIMENTO

21/10/1979

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. Nº12933 - LIV A-12 - FLS. 148 - CARTORIO

BEBEDOURO - MACEIÓ-AL

CPF

090.457.514-46

A+

29/08/63



CTC RECIFE PE PL7
ANTONIO MARCOS DA SILVA
R DA CRUZ 235
COSTA E SILVA
58081-058 JOAO PESSOA PB

5380303038



7209036539433960000001251430260619

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 090.457.514-45 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 SUSEF Nº 445/2012

5 - Nome completo: Mônica dos Santos Alvim 6 - CPF: 090.457.514-45
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. da Cruz 9 - Número: 235 10 - Complemento:
11 - Bairro: Costa e Silva 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1033 ☐ CONTA: 00334673 9 AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Ingressos
Assinatura
e
Assinatura
do
Beneficiário

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 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): _____

CONTA POUPANÇA FÁCIL

CONVENIO:

11/12/2019

OPERADOR:

000654868

luana2

CONTA: 1033.013.00114673-9
NOME: MONICA DOS SANTOS ALVIM
CPF: 09045751445

COD. OPERAÇÃO: 345403273

OPERAÇÃO REALIZADA COM
SUCESSO

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

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

Ouvindo: 0800 726 2492