



Número: **0049896-14.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES (AUTOR)	FERNANDO ANTONIO HOLANDA DINIZ (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63940 874	29/06/2020 10:27	2653026_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 29ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

PROCESSO: 00498961420198172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO MÉRITO

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado e recebido em sede administrativa verba indenizatória DPVAT em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 27/08/2012.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos da ação supracitada em decorrência de lesão na mão direita com repercussão leve (25%), vindo a receber o valor de R\$2.362,50.

Ocorre que nos documentos apresentados pela parte autora no processo administrativo mencionado acima, não há a comprovação de onde exatamente a lesão foi ocasionada, se na mão direita ou no punho direito.

Na presente ação sustenta ter sido vítima de acidente de trânsito no dia 08/10/2019, ocasião em que adquiriu lesão no punho direito, conforme demonstram os documentos apresentados pela própria parte autora:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 10:27:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062910270783500000062760910>
Número do documento: 20062910270783500000062760910

Num. 63940874 - Pág. 1



Nome: INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES (610004)
Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)
Enfermaria:
Unidade de internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Admissão: 263376

Leito: LEITO 01

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<5525>>FRATRA COMINUTIVA DO RÁDIO DISTAL DIR+LESÃO LIGAMENTAR DE PUNHO

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 10/10/2017, sendo submetido a tratamento ortopédico em 11/10/2017.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA RÁDIO DISTAL +RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DE PUNHO

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 AS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS;
- 4 - RETORNAR DIA 08/11/17 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO.
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente
Data: 11/10/2017 as 13:31


Dr. [a] TARCISIO LYRA DE BRITO
CRM: 10591

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
RECIFE, 26 de junho de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 10:27:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062910270783500000062760910>
Número do documento: 20062910270783500000062760910

Num. 63940874 - Pág. 2



Número: **0049896-14.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES (AUTOR)	FERNANDO ANTONIO HOLANDA DINIZ (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63940 875	29/06/2020 10:27	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

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: 29/01/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.444,99

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000001313-6

Nr. da Autenticação 5049B4D1BDFB045C



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 10:27:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062910270788800000062760911>
Número do documento: 20062910270788800000062760911

Num. 63940875 - Pág. 1



OUTROS

1004054



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 437655

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa KKB-5296/PE
Nome da Vítima INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES		Natureza 2 - INVALIDEZ
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 11/07/1986	CPF da Vítima 070.795.464-94
		Data Ocorrência 17/08/2012

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

() Certidão Nº 12E0095011531 da autoridade policial sobre a ocorrência;

() DUT Nº _____ () _____ () _____

() RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

() RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES	Vítima	VITIMA	11/07/1986	52291-070	070.795.464-94

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações.:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____ PE

Data 27 DEZ 2012

Local da Entrega _____ RS

Data 4 DEZ 2012

Beneficiário _____

Centauro Vida e Previdência

Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R SENADOR DANTAS, 80 , 17º ANDAR
CENTRO – Cep: 20031-204

Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ

27 DEZ 2012





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



CREDITO DE INDENIZACAO DE SINISTRO DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Nº DO SINISTRO:

Eu, INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES Portador(a) do RG 6618482 Expedido por SDS/PE e CPF:070.795.464-94 Profissão PORTEIRO e renda mensal de R\$ [REDACTED], na qualidade de beneficiário(a) do valor referente a indenização/reembolso do seguro obrigatório DPVAT da vítima: INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES Autorizo a Seguradora **Centauro Vida e Previdência S/A** a efetuar o respectivo Pagamento/Crédito, de acordo com a forma indicada:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

1 - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

Nº BANCO: [REDACTED] Nº AGÊNCIA: [REDACTED] Nº C/C: [REDACTED]

2 - CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO: 237 Nº AGÊNCIA: [REDACTED] Nº C/P: [REDACTED]

3 - CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO: 001 Nº AGÊNCIA: [REDACTED] Nº C/P: [REDACTED]

4 - CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO: 341 Nº AGÊNCIA: [REDACTED] Nº C/P: [REDACTED]

5 - CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERALNº BANCO: 104 Nº AGÊNCIA: 10049 Nº C/P: 01313-6
OP-013

- Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.
- Uma vez efetuado o Pagamento/Crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

RECIFE, 09 DE NOVEMBRO DE 2012
Local e Data


Assinatura do Beneficiário

27 DEZ. 2012





ge: Document Name: untitled

CA JUNI

Sistema de Informações Unificadas
Relação de Contas por N.CAIXA

13/12/2012
13:18:49

N.CAIXA: 16.208.696 INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES
CPF : 070.795.464-94 Pessoa : Física
Dt.Nasc: 11/07/1986
Caixa :

PAG: 01 / 01

S Conta Carteira Dt.Abertura Segundo Titular
0049-013-00001313/6 FN 01 12/01/2005

Última Posição: 07/12/2012

Final de Amostragem.
F01=AJUDA F03=RETORNA F04=MENU F07=VOLTA F08=AVANÇA F12=FINALIZA

27 DEZ. 2012

2/2012 Time: 12:18:53



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 10:27:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062910270788800000062760911>
Número do documento: 20062910270788800000062760911

Num. 63940875 - Pág. 4



Ser. Mário de Defesa Social - INFOPOL

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004025

Page 2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 006A, CIRCUNSCRICAO - CASA AMARELA

BOLETIM DE OCORRENCIA N° 12E0095011531



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/12/2012 às 17:10

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 27/8/2012 às 07:00

Fato ocorrido no endereço AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHAES, 1 - Bairro: DERBY -
Município: RECIFE - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL - Ponto de Referência: HOSPITAL
PORTUGUÊS DO RECIFE

Lugar: LAMIA VIA PUBLICA - Pórtico: NAO INFORMADO

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (OUTRA)

INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse: lo(a) Sr(a). DESCONHECIDO

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse: lo(a) Sr(a): INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

(VITIMA) : INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES (p: credo ao plantão) - Sexo: Masculino
n/a: MARIA CRISTINA RAMOS, Pai: JOSE INALDO MARQUES Data: 1-nascimento: 11/7/1986, Naturalidade: RECIFE /
PERNAMBUCO /BRASIL

Documento: 05184029003/PE (RG), 07070546494 (CPF), 03700751693 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A); Escolaridade: 1º. GRAU
INCOMPLETO, Profissão: PORTERIO; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO, Telefone Celular: 8187880939

Exame pericial solicitado por este Juiz na parte INI, PARA EXAME DE COPO DELITO

Endereço Residencial: RUA CORREGO JORGE IDALINO, 34, Bairro: 000, Bairro DA GUADIRABA, RECIFE, PERNAMBUCO,
BRASIL

Endereço Cível: NÃO INFORMADO

Dados Cíveis: NÃO INFORMADO

(OUTRO) - DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
m/a: NÃO INFORMADO, Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: NÃO INFORMADO, Naturalidade: NÃO INFORMADO / NÃO
INFORMADO / NÃO INFORMADO

Estado Civil: NÃO INFORMADO; Escolaridade: NÃO INFORMADO, P: Credito NAO INFORMADO, Telefone de Contato: NÃO

INFORMADO; Telefone Celular: NÃO INFORMADO

Endereço Residencial: NÃO INFORMADO

Endereço Cível: NÃO INFORMADO

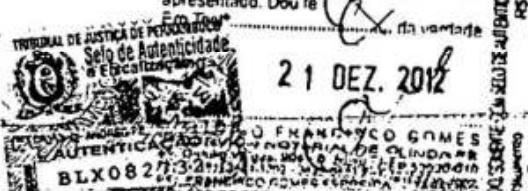
Dados Cíveis: NÃO INFORMADO

Qualificação da(s) objeção(s) envolvida(s)

Autentico a presente Cópia fotostática, que
é a reprodução fiel do original, que me foi
apresentado. Dou fe

Em Teste:

21 DEZ. 2012



27 DEZ. 2012



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 10:27:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062910270788800000062760911>

Num. 63940875 - Pág. 5



**VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES, que esteve
em nome do(a) Sr(a): INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES**

Proprietário/Modelo: MOTOCICLETA (HONDA - CG 125 - Objeto apreendido N.º 6 - Número de Chassi: NÃO INFORMADO
Placa: (Número da Placa: 1 UNIDADE) - Vídeo Ilustrado (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: RR85296 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO) Renavam: 782126491 Chassi: SC 2JC30103R119739
Data Emissão: 09/03/2002 / 09/03/2003 Comunidade: GASOLINA

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade de(s) Sítio(s) DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sítio(a) DESCONHECIDO
Categorial da placa: CAMINHÃO - NÃO INFORMADO - NAO INFORMADO - Objeto apreendido: NÃO - Número de Setor: NÃO INFORMADO
Localização: Sítio(s) - UNIDADE: Poder Executivo (MOEDA NÃO INFORMADA)

(PESO NÃO INFORMADO | LEEGHAM LUGO / NÃO INFORMADO)

Cambridge University Press

RELATA A VITIMA QUE PILOTAVA SUA MOTOCICLETA QUANDO O VEICULO (CAMILHÃO BAU) QUE SEGUIA SUA FRENTES FRENOU REPENTINAMENTE, QUE DESSA MANOBRA, NÃO CONSEGUI DESVIAR TOTALMENTE DO CAMIÃO PARA EVITAR UM CHOQUE, VINDO ENTÃO A CHOCAR-SE COM O MÃO DIREITA NA TRASEIRA DO VEICULO, FERINDO-A.

que determina a seguinte nota-quadade polinomial:

Endoeristis R. Marques
INALDO CRISTIANO RAMOS
MARQUES
IVITIMAI

CLEBER RODRIGUES DO NASCIMENTO - MAT. 221097-6 - Matrícula: 221097-6

Autentico a presente Cópia fotostática, que
é a reprodução fiel do original, que me foi
apresentado. Dou a minha declaração
sobre..... da verdade
.....
SELADO DE AUTENTICIDADE
R\$ 2,38
R\$ 0,48
R\$ 2,86

21 DEZ 2012

卷之三

270EZ 233

http://www.sdsu.edu/~sos/8330/permabuttonVisualizaDO.html?idIn=95&idOut=3505776&t=13/12/2012





43 7655

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IMI

1004029



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

Fu. JINALDO CRISTIANO RAPOS MARQUES portador da carteira de
Identidade nº 6618482.505/PE, e inscrito no CPF/MIS sob o nº 070.371-464-94,
residente e domiciliado na RUA CORREGOZOS, JAIQUINHO, N° 39 A
Cidade RECIFE Estado PG, declaro, sob a pena da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMI, para os fins de requerimento de
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IMI no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IMI localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT, ou
- O estabelecimento do IMI localizado no município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa presta
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugnar a casa, discordo do seu
conteúdo.

Jinaldo Cristiano R. Marques

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife, 09/11/12

Lote: 001

27 DEZ 2012





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040



EU, INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES

PORTADOR(A) DO RG: 6618482 SDS/PE E CPF: 070.795.464-94

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT, QUE MORO E

RESIDO NA: RUA CORREGO JOSÉ IDALINO, N° 34 A

BAIRRO: GUABIRABA NA CIDADE DE: RECIFE

ESTADO DE: PERNAMBUCO

CEP: 52.291-070

TELEFONE PARA CONTATO: 81-3426.4486

REITERO QUE É MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS INFORMAÇÕES AQUI CONTIDAS.

RECIFE, 09 DE NOVEMBRO DE 2012.

Inaldo Cristiano Ramos Marques

INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES

27/02/2022



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 10:27:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062910270788800000062760911>
Número do documento: 20062910270788800000062760911

Num. 63940875 - Pág. 8



Secretaria de Saúde do Recife

RECEITÁRIO

169

PREFEITURA DO
RECIFE

2º a 5º 8:00h

Unidade de Saúde:

NOME: Doutor César

Prontuário:

Fisioterapeuta
másc. P
(do Detinido)

01040-17255
frat. 5º MED

Data:

19/09/20

Assinatura Conselho Nº

J. Evaristo Cordeiro
Cirurgião-Dentista
CRM - PE 11699

27 DEZ 2012





Carão Ses + RG + CR 169

SUS

RECEITÁRIO

Secretaria de Saúde do Recife

PREFEITURA DO RECIFE

Unidade de Saúde:

NOME: Túlio César

Prontuário:

Assinatura

Data: 13/07/20

Assinatura Conselho Nº





 SUS P. C. K. Sec. de Saúde/SUS Secretaria de Saúde do Recife Policlínica Amaury Coquimbo Rua Iguatá, s/nº. Campanha do Barreto	PREFEITURA MUNICIPAL DE RECIFE RECIFE
ATESTADO MÉDICO	
<p>Atesto que o(a) <u>José Lúcio Coelho Reis Marfim</u></p> <p>registro nº <u>15</u> necessita de <u>15</u> dia(s) para <u>(Quinze)</u> afastamento das suas atividades a partir desta data, para motivo de doença.</p> <p>CID: <u>1623</u></p>	
<p>Recife, <u>05</u> de <u>09</u> de <u>2009</u></p> <p><i>[Signature]</i> <u>Dr. Edvaldo Coelho</u> <u>Ortopedista</u> <u>CRM-PE 11000</u></p>	
Assinatura - Conselheiro n/a	
Nota: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501 de 14/07/2000 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.	

 <p>SUS</p> <p>P.C.S. Sec. de Saúde do Recife Secretaria de Saúde do Recife</p>	 <p>PREFEITURA DO RECIFE</p> <p>Patrícia Amaury Coutinho Sra. Patrícia Amaury Coutinho Sra. Patrícia Amaury Coutinho Sra. Patrícia Amaury Coutinho</p>
<p>ATESTADO MÉDICO</p>	
<p>Atesto que o(a) <u>Tiago Coutinho Ribeiro</u></p> <p>registro nº <u>10</u>, necessita de <u>10</u> dia(s) de <u>descanso</u> para o afastamento das suas atividades, a partir desta data por motivo de doença.</p> <p>COD: <u>56112</u></p> <p>Recife, <u>17</u> de <u>dezembro</u> de <u>2013</u></p> <p><i>D. Luiz Moreira</i> <i>Assinatura - Conselho nº 2</i></p> <p><i>21 DEZ 2013</i></p>	
<p>Nota - Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 85 § 2º FGTS, aprovado pelo decreto nº 60.591 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.</p>	

Nota - Esta alíquota é válida para as finalidades previstas no art. 25 § 2º, c/c, aprovada pelo decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de atrasamento do trabalho.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 10:27:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062910270788800000062760911>
Número do documento: 20062910270788800000062760911

Num. 63940875 - Pág. 11



TRAUMATOLOGIA

U 410

Secretaria de Saúde do Recife

FICHA DE ATENDIMENTO DE ORGÊNCIA

Registro N° 65375 Hora: 12:00 Recepção: _____Unidade de Saúde: 169 Distrito Sanitário: TL Data: 27-08-1**Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:**

Nome: Enaldo Cristiano Ramos Marques
Data de Nascimento: 31/07/86 Sexo: M- Masculino F- Feminino Raça/cor:
 1 Branca 2 Negra 3 Parda
 4 Amarela 5 Indígena

Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo Escolaridade: Fundamental Médio Superior Profissão: _____

Nome da Mãe: Maria Cristina Ramos Endereço: R. Correjo José Idalino 34 Número: 34 Complemento: _____ CEP: _____

Bairro: Guabiraba Município: Recife UF: _____

Acompanhante: _____ Procedência: _____ Meio de Transporte: _____

HDA: Trauma tóxico na laringe.

Vacinas atualizadas Sim Não Não trouxe o cartão

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO**ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Veículo: Automóvel Ônibus Moto Outro Qual? Ignorado

Fator de Proteção: Cinto/Capacete Sim Não Ignorado

Modo: Atropelamento Colisão Capotagem Outro Qual? Ignorado

Indo/Voltando do Trabalho: Sim Não Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Const. Civil Indústria Agricultura Comércio Outro Qual? Ignorado

Lugar de Trabalho: Órgão: Endereço: _____

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Intoxicação Acidental Queda Acidental Afogamento Queimaduras Choque Elétrico

Outro Qual? Ignorado

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo Arma Branca Espancamento Outro Qual? Ignorado

Motivo: Assalto Briga Ação Policial Adressão Sexual Outro Qual? Ignorado

AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO

Por: Arma de Fogo Enforcamento Drogas Queda do Nível Outro Qual? Ignorado

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública Domicílio Ambiente de Trabalho Escola Outro Qual? Ignorado

Observações: _____

Exame Físico:

A. Geral Peso: _____ Estrutura: _____ Temp: _____ °C _____

27 DEZ 2012





D: Exame Neurológico

E: Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Rd. Fratura de Sc H7C Diz m dor

Tratamento/Procedimentos:

- Individ - dsg Th
Myo

- gos liso p/4 - g - gdp Dm

- Ag Ab.

Dr. Luis Moraes
Tumaria 1000
27 AGO. 2012

Data _____

Assinatura Conselho Nº _____

Diagnóstico Definitivo:

Fratura de Sc H7C Diz

(Alta / Melhorado

(Internamento

(Transferência

(Óbito

Transferido para:

Dr. Luis Moraes
Tumaria 1000
27 AGO. 2012

CRM:

Data:

Hora:

Termo de responsabilidade para internamento:

Este cliente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários

Nome completo lealível:

27 DEZ. 2012





DOCUMENTUS DE MATERIALE

* TURNUŞ İ *

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		412978978	
 <p>JOSÉ IRALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES</p> <p>DOC. IDENTIDADE / O.R.O. EMISSOR / U.P. 4618482 BDB PE</p> <p>ON 070.795.664-94 DATA NASCIMENTO 11/07/1986</p> <p>TELAÇÃO JOSE IRALDO MARQUES</p> <p>MARIA CRISTINA RAMOS</p> <p>PERMESSO ASES CAT. MAR ██████████ ██████████ AB</p> <p>IMPREGNO: 03705751664 VALIDADE: 16/08/2015 IT. HABILITAÇÃO: 13/10/2005</p> <p>OBSEVAÇÕES: Exerce Ativ. Remunerada</p> <p><i>José Iraldo Marques</i></p> <p>LOCAL: RECIFE - PE DATA EMISSÃO: 26/09/2011</p> <p><i>Justificativa</i></p> <p>ASSINATURA DO CAVALEIRO</p> <p>24043064681 28042599537</p> <p>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRABALHO UNIVERSAL NACIONAL DE HABILITAÇÃO</p>			

27 DEZ. 2012



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 10:27:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006291027078880000062760911>
Número do documento: 2006291027078880000062760911

Num. 63940875 - Pág. 14



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013036571

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez

Vítima: INALDO
CRISTIANO
RAMOS MARQUES

Data do acidente: 27/08/2012

Emissor do parecer: José Artur
Fialho
Amorim

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

Prestadora: AMORIM E MATTOS
SERVIÇOS MÉDICOS
ESPECIALIZADOS LT

CRM do médico: 314742

PARECER

Data da análise: 25/01/2013

Valoração do IML:

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: DEBILIDADE

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MÃO 25%

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 9.450,00

Médico avaliador: ARTUR

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano

Perda funcional completa de uma das mãos

%	Dimensão	Graduação
70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50

file:///C:/Users/dayene.lobato/Desktop/2653026/PARECER%20DE%20ANÁLISE%2... 23/06/2020



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 10:27:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062910270788800000062760911>

Número do documento: 20062910270788800000062760911

Num. 63940875 - Pág. 15