



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
63940874	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:





Nome: INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES (3510004)
Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)
Enfermaria: Leito: LEITO 01
Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia
Admissão: 263376
Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S525>>FRATURA COMINUTIVA DO RADIO 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 RADIO DISTAL +RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DE PUNHO

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 AS;
- 2 - DÍPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO 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 às 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, nexos 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





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
63940875	29/06/2020 10:27	ANEXO 1	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





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	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	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 _____ RJ

Data 11 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 Líder, 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@satek.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO 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\$ _____, 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: _____ Nº AGÊNCIA: _____ Nº C/C: _____
- 2 - ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
Nº BANCO: 237 Nº AGÊNCIA: _____ Nº C/P: _____
- 3 - ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
Nº BANCO: 001 Nº AGÊNCIA: _____ Nº C/P: _____
- 4 - ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
Nº BANCO: 341 Nº AGÊNCIA: _____ Nº C/P: _____
- 5 - ☐ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL**
Nº BANCO: 104 Nº AGÊNCIA: 10049 Nº C/P: 101313-6

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

Inaldo Cristiano R. Marques
Assinatura do Beneficiário

27 DEZ. 2012





Document Name: untitled

CAIXA JUNI Sistema de Informacoes Unificadas
Relacao de Contas por N.CAIXA

13/12/2012
13:18:49

N.CAIXA: 16.208.696 INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES PAG: 01 / 01
CPF : 070.795.464-94 Pessoa : Fisica
Dt.Nasc: 11/07/1986
Caixa :

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

Ultima Posicao: 07/12/2012

Final de Amostragem.

F01-AJUDA F03-RETORNA F04-MENU F07-VOLTA F08-AVANCA F12-FINALIZA

27 DEZ. 2012

2/2012 Time: 12:18:53





Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004025



Página 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 Nº. 12E0095011531

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

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Deloso (Consumado) que aconteceu no dia 27/8/2012 às 07:30

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHAES, 1 - Bairro: DERBY -
Municipal: RECIFE - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL - Ponto de Referência: HOSPITAL
PORTUGUES DO RECIFE
Local do Fato: VIA PUBLICA - Própria: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (OUTRO)

INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

(VITIMA) - INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA CRISTINA RAMOS, Pai: JOSE INALDO MARQUES Data de Nascimento: 11/7/1986, Nacionalidade: RECIFE /
PERNAMBUCO / BRASIL

Documento: 0518402303/PE (RG), 07070546494 (CPF), 03700781663 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A); Escolaridade: 1ª. GRAU
INCOMPLETO, Profissão: PORTERO; Telefone de Contato: NAO INFORMADO, Telefone Celular: 8187880939

Exame pericial realizada por esta unidade policial em: INL PARA EXAME DE CORPO DELITO

Endereço Residencial: RUA CORREGO JOSE IDALINO, 34, RUA DO QDD, BUBO DA GUADALUPE, RECIFE, PERNAMBUCO,
BRASIL

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Bancários: NAO INFORMADO

(OUTRO) - DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: NAO INFORMADO, Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO, Nacionalidade: NAO INFORMADO / NAO
INFORMADO / NAO INFORMADO

Estado Civil: NAO INFORMADO, Escolaridade: NAO INFORMADO, Profissão: NAO INFORMADO, Telefone de Contato: NAO

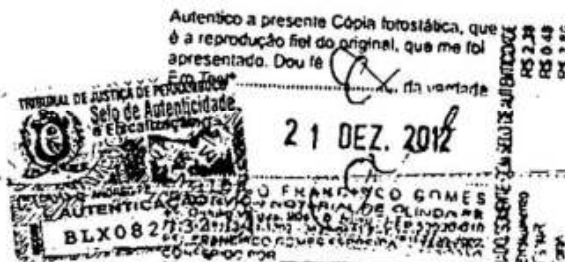
INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO

Endereço Residencial: NAO INFORMADO

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Bancários: NAO INFORMADO

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





VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a): **INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES**, que estava em posse de(a) Sr(a): **INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA (HONDA - CG 125 - Objeto apreendido NÃO - Número de Série NÃO INFORMADO**
Cor: **PRATA - Quantidade: 1 (UNIDADE) - Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **HHB5296 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)** Renavam: **792126491** Chassi: **9C2JC30103R119739**
Ano Expiração/Modelo: **2002/2003** Combustível: **GASOLINA**

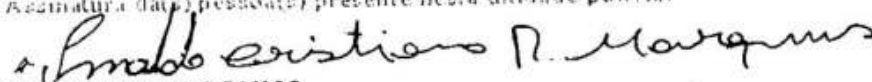
VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade de(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse de(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO - NÃO INFORMADO - NÃO INFORMADO - Objeto apreendido NÃO - Número de Série NÃO INFORMADO**
Cor: **PRATA - Quantidade: 1 (UNIDADE) - Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **NÃO INFORMADO (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE PILOTAVA SUA MOTOCICLETA QUANDO O VEICULO (CAMINHÃO BAU) QUE SEGUIA SUA FRENTE FRENOU REPENTINAMENTE. QUE DESSA MANOBRA, NÃO CONSEGUI DESVIAR TOTALMENTE TO CAMINHÃO PARA EVITAR UMA COLISÃO, VINDO ENTÃO A CHOCAR-SE COM O MÃO DIREITA NA TRASEIRA DO VEICULO, FERINDO-A.

Assinatura de(a) pessoa(s) presente nesta unidade policial


INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES
(VITIMA)

5. O registrado pelo policial: **CLEBER RODRIGUES DO NASCIMENTO - MAT. 221097-6 - Matrícula: 221097-6**



[http://www3.sds.pe.gov.br:8080/pernambuco/VisualizaDO.do?id\(In=95&idOc=3505776&1](http://www3.sds.pe.gov.br:8080/pernambuco/VisualizaDO.do?id(In=95&idOc=3505776&1)

27 DEZ 2012



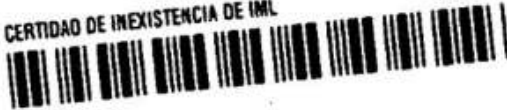


43 7655



CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JIVALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES, portador da carteira de
Identidade nº 6.618.482-505/PE, e inscrito no CPF/MS sob o nº 070.775.464-94
residente e domiciliado na RUA CORREGOZINHO JOAQUIM, Nº 39 A
Cidade RECIFE Estado PE, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML, localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT; ou
☒ () O estabelecimento do IML, localizado no município em que resido 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 e 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 indenização, caso discorde do seu
conteúdo.

Jivaldo Cristiano R. Marques

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife, 09/11/12

Local e data

27 DEZ 2012





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

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

27 DEZ 2012





DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

1004031



Carlos Sus + RA + CA
169

SUS **RECEITUÁRIO** **RECIFE**

Secretaria de Saúde do Recife

2ª a 5ª 8:00h es

PREFEITURA DO RECIFE

Unidade de Saúde:

NOME: Francisco S/

meio P

(do Jettoria)

Prontuário:

CID: 17255

frat. 5º Med

Data: 19/09/12

[Assinatura] **Assinatura Conselho Nº**


Dr. Emanoel Alves Coutinho
Ortopedista
CRM - PE 11.699

27 DEZ 2012





Carla Sus + RA + CA
169

SUS **RECEITUÁRIO** 
Secretaria de Saúde do Recife **PREFEITURA DO RECIFE**

2^a a 5^a 8:00h

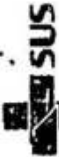
Unidade de Saúde: _____
NOME: Thais S. Cordeiro
_____ Almeida
Prontuário: _____

Thais S. Cordeiro
20/06/2020
20/06/2020
20/06/2020

Data: 20/06/2020 Assinatura Conselho N° _____





 **SUS**
Secretaria de Saúde do Recife

P.C.S. Sec. de Saúde/SUS
Policlínica Amaury Coutinho
Rua Iguatú, s/nº - Campina do Barro

RECIFE
PREFEITURADO

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Trabalhador Antônio Henrique


registro nº dez, necessita de 10 dia(s) de afastamento das suas atividades, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S62.2

Recife, 17 de agosto de 2012

Dr. Luiz Moreira
Assinatura - Conselho nº

Nota - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

 **SUS**
Secretaria de Saúde do Recife

P.C.K. Sec. de Saúde/SUS
Policlínica Amaury Coutinho
Rua Iguatú, s/nº - Campina do Barro

RECIFE
PREFEITURADO

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Dividido - Cristiano Pa

registro nº margin, necessita de 15 dia(s) de afastamento das suas atividades, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: L62.3

Recife, 05 de 09

Dr. Danilo de Souza
Assinatura - Conselho nº

Nota - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Secretaria de Saúde do Recife

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro N° 15375 Hora: 12:00 Recepcionista: U 710Unidade de Saúde: 169 Distrito Sanitário: 14 Data: 27-08-1

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: Inaldo Cristiano Ramos MarquesData de Nascimento: 11/07/86 Sexo: () M - Masc. () F - Fem. Raça/cor: ☐ 1 Branca ☐ 2 Negra ☐ 3 Parda☐ 4 Amarela ☐ 5 IndígenaEstado Civil: Escolaridade: Profissão: Nome da Mãe: Maria Cristina RamosEndereço: R. Carrego José Idalina Número: 34 Complemento: CEP: Bairro: Guabiruba Município: Recife UF: Acompanhante: Procedência: Meio de Transporte: HDA: Trauma, não há lesões

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 ()Local 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 ()Modo: Assalto () Brigas () Ação Policial () Agressão Sexual () Outro () Qual? Ignorado ()

AUTOAGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

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

LOCAL DA OCORRÊNCIA

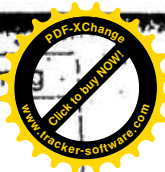
Via Pública () Domicílio () Ambiente de Trabalho () Escola () outro () Qual? Ignorado ()Observações:

Exame Físico:

A: Geral Peso: Estrutura: Temp: °C

27 DEZ 2017





biovar

Pulso:

bpm

PA:

x

mm

D: Exame Neurológico

E: Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Rx - Fratura de 5^a NTC D^{ta} no dorso

Tratamento/Procedimentos:

- Preferido - a - p - m

- gao luro p/ 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12

- Ao 12

Dr. Luiz Moraes
27 AGO. 2012

Data: / /

Assinatura Conselho Nº

Diagnóstico Definitivo:

Fratura de 5^a NTC D^{ta}

(X) Alta / Melhorado

() Internamento

() Transferência

() Óbito

Transferido para:

Dr. Luiz Moraes
27 AGO. 2012

Médico:

CRM:

Data:

Hora:

Termo de responsabilidade para internamento:

- Estou ciente 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

Assinatura completa legível:

27 DEZ 2012





DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
PATRULHA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: IRALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO / UF
4418482 SD9 PE

CPF 070.795.464-94 DATA NASCIMTO 11/07/1986

RELACÃO
JOSE IRALDO MARQUES
MARIA CRISTINA RAMOS

PERMISSÃO ☒ ADI ☐ CAT HAB ☐ AB

Nº REGISTRO 03705751664 VALORDE 16/08/2015 1ª HABILITAÇÃO 13/10/2005

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Iraldo Cristiano Ramos Marques
Assinatura do titular

LOCAL RECIFE - PE DATA EMISSÃO 26/09/2011

[Assinatura]
Assinatura do titular

24043065481
PER42999537

PROIBIDO PLASTIFICAR

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

412978978

27-DEZ-2012





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	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de uma das mãos	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50

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