



Número: **0085121-95.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCICLEIDE MARIA DA SILVA (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
56498 376	15/01/2020 16:01	<a href="#">2685945_CONTESTACAO_01</a>



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00851219520198172001

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.**, empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCICLEIDE MARIA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

**CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

**BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **25/11/2018**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **03/12/2018**.**

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista a vítima ainda se encontrar em tratamento.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012207300000055580598>  
Número do documento: 20011516012207300000055580598

Num. 56498376 - Pág. 1

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

### **DO INDEFERIMENTO DA INICIAL**

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

### **DO MÉRITO**

#### **DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR**

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

#### **DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

##### **DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

##### **DA AUSÊNCIA DE COBERTURA**

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.



Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

#### **DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>2</sup>.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>3</sup>.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

**Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e**

**Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.**

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

---

<sup>2</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>3</sup>Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



## **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>4</sup>

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>5</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

## **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

## **CONCLUSÃO**

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

<sup>4</sup>"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

<sup>5</sup>art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 13 de janeiro de 2020.

**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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012207300000055580598>  
Número do documento: 20011516012207300000055580598

Num. 56498376 - Pág. 6

### **QUESITOS DA RÉ**

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012207300000055580598>  
Número do documento: 20011516012207300000055580598

Num. 56498376 - Pág. 7

**TABELA DE GRAADAÇÃO**

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012207300000055580598>  
 Número do documento: 20011516012207300000055580598

Num. 56498376 - Pág. 8

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **LUCICLEIDE MARIA DA SILVA**, em curso perante a **7ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00851219520198172001.

Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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 - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012207300000055580598>  
Número do documento: 20011516012207300000055580598

Num. 56498376 - Pág. 9



Número: **0085121-95.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCICLEIDE MARIA DA SILVA (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
56498 375	15/01/2020 16:01	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597515      **Cidade:** Tracunhaém      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCICLEIDE MARIA DA SILVA      **Data do acidente:** 25/11/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 19/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597515      **Cidade:** Tracunhaém      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCICLEIDE MARIA DA SILVA      **Data do acidente:** 25/11/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 26/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVÍABILIZOU ESTABELECIER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

### 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
				Total
			0 %	R\$ 0,00



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458406/18

**Vítima:** LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

**CPF:** 114.401.864-13

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/11/2018

**Titular do CPF:** LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**LUCICLEIDE MARIA DA SILVA : 114.401.864-13**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/12/2018  
Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA  
CPF: 114.401.864-13

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018  
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR  
CPF: 024.548.534-18

LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012218800000055580597>  
Número do documento: 20011516012218800000055580597

Num. 56498375 - Pág. 3

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458406/18

Número do Sinistro: 3180597515

Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

CPF: 114.401.864-13

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2018

Titular do CPF: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/02/2019  
Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA  
CPF: 114.401.864-13

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019  
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR  
CPF: 024.548.534-18

LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012218800000055580597>  
Número do documento: 20011516012218800000055580597

Num. 56498375 - Pág. 4



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 Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180597515 Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

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

**Senhor(a). LUCICLEIDE MARIA DA SILVA**

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, contados 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

Carta n° 13747650



220 00427/00428 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001151601221880000055580597>  
Número do documento: 2001151601221880000055580597

Núm. 56498375 - Pág. 5



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, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180597515

Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LUCICLEIDE MARIA DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00113/0014 - carta\_03 - INVALIDEZ



00060057

Carta nº 13755994



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012218800000055580597>  
Número do documento: 20011516012218800000055580597

Num. 56498375 - Pág. 6



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, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3180597515      Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13974108

Pag. 01993/01994 - carta\_07 - INVALIDEZ



00050997



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012218800000055580597>  
Número do documento: 20011516012218800000055580597

Num. 56498375 - Pág. 7



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: <i>Lucidide maria da silva</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Lucidide maria da silva</i>		CPF:	114.401.864-13	
Profissão: <i>quase nenh.</i>	Endereço: <i>R. dois alcides jorge da silva</i>	Número:	Complemento:	
Bairro: <i>Tracunhaém</i>	Cidade: <i>Tracunhaém</i>	Estado: <i>PE</i>	CEP:	<i>55805.000</i>
E-mail: <i>maravassessa@hotmail.com</i>	Tel.(DDD): <i>(81)97915.3756</i>			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0054**  CONTA: **32824**  013 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA:  CONTA:  0 (Informar o dígito se existir)  0 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 6.194/74, art. 39, §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.

MORTE

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

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vitima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vitima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vitima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não Vitima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)  
 Local e Data: *Corpus, 11/12/2018*  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do integral teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

FPS.001 V001/2018



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0054 - NAZARE DA MATA, PE  
DATA: 05/12/2018 HORA: 12:06:55  
TERMINAL: 1082 NSU: 000634 AUT.: R047

COMPROVANTE DE DEPOSITO  
NUM. DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0054/013/00 032 824-0

NOME: LUCICLEIDE MARTA DA SILVA

DEPOSITANTE:

O P

VALOR TOTAL: 5,00

VALOR DINHEIRO: 5,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvintoria da CAIXA: 0800 725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

1º Via - Via Cliente





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 057ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRACUNHAÉM -  
DP57ªCIRC DINTER1/M1°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0147000617

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/12/2018 às  
11:37

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 25/11/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 01, BR 408 -  
Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de  
Referência: PRÓXIMO AO BAR DO CARANGUEJO  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
LUCICLEIDE MARIA DA SILVA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
DESCONHECIDO

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

LUCICLEIDE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mês: MARIA  
NASC. EM SITUAÇÃO: DESCONHECIDO NOME DA ESPOSA: RENATA MARQUES DE SOUZA  
ITACATINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 0315844/SDSP/PE (RG) Escolaridade: 2º.  
GRAU COMPLETO Telefones Celulares:  
- 983388897

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 01, RUA RUA 2 NOVA TRACUNHAEM  
- CEP: 55800-000 - Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A  
AURINHA

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO , que estava em



posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB 150 TITAN MIX EX** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIL6376** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **200214288** Chassi: **BC2KC1648AR030128**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

**Complemento / Observação**

**RELATÓRIO DA VITIMA QUE ESTAVA SAINDO DO BAR DO CARANGUEJO LOCALIZADO NA BR 408 E AO ATRAVESSAR A VIA NÃO PERCEBEU QUE VINHA UMA MOTOCICLETA EM VELOCIDADE NO SENTIDO TRAGUNHAEM - NAZARÉ DA MATA, SENDO TOMADA DE SURPRESA, ONDE A MESMA FOI ATROPELADA PELO REFERIDO VEÍCULO; DE IMEDIATO POPULARES QUE SE ENCONTRAVAM PRÓXIMOS AO LOCAL DO ACIDENTE ACIONARAM O SERVIÇO DE SOCORRO DO HOSPITAL LOCAL, SENDO A MESMA SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DA PRÓPRIA UNIDADE HOSPITALAR; APÓS A VITIMA RECEBER OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS NAQUELA UNIDADE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EM RECIFE COM O NÚMERO DE PROTOUÁRIO (1074846); O CONDUTOR DO VEÍCULO TAMBÉM FOI SOCORRIDO PARA A MESMA UNIDADE HOSPITALAR E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE;**

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Lúcicleide noite dasilva*  
**LÚCICLEIDE MARIA DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCOS VALENÇA DE MIRANDA** - Matrícula: **229882-2**





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: Lucidide maria da silva		
	114.401.864-13	CPF:	114.401.864-13	
Nome completo:	Endereço:	Estado:	CEP:	Número: Complemento:
Lucidide maria da silva quero u.y.	R. dois alcides jorge da silva Tracunhau	PE	55805.000	Tel.(DDD): (81)97915.3756
Bairro:	Cidade:			
E-mail:	maravassessa@hotmail.com			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0054  CONTA: 32824  013 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA:  CONTA:  0 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 6.194/74, art. 39, §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.

MORTE

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: Corpus, 11/12/2018  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do integral teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0054 - NAZARE DA MATA, PE  
DATA: 05/12/2018 HORA: 12:06:55  
TERMINAL: 1082 NSU: 000634 AUT.: R047

COMPROVANTE DE DEPOSITO  
NUM. DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0054/013/00 032 824-0

NOME: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

DEPOSITANTE:

O P

VALOR TOTAL: 5,00

VALOR DINHEIRO: 5,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

1º Via - Via Cliente



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012218800000055580597>  
Número do documento: 20011516012218800000055580597

Num. 56498375 - Pág. 13



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRACUNHAÉM

CONSTRUINDO O FUTURO COM ARTE

UNIDADE MISTA MARIA GERCINA DA SILVA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA – SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE:	Juaneleide Maria da Silva		
REGISTRO:	100675	HORA:	19:25 DATA: 25-11-18
DATA DO NASCIMENTO:	26-03-1983	IDADE:	35 SEXO: M( ) F( )
ENDEREÇO:	101 Rua da Liberdade R 2 S/N		
FILIAÇÃO:	Maria Jose da Silva		
QUEIXA PRINCIPAL:			
PA:	120x70	TEMPERATURA:	HGT:
DADOS CLÍNICOS:	Atrofia óssea na face e no tórax e pernas. Pode ter lesão óssea na face e no tórax e pernas.		
HÍPOTESE DIAGNÓSTICA:	Fratura na tibia!		
EXAMES SOLICITADOS:	OTC 556 6 729		
TRATAMENTO PROPOSTO:	(-) Fx 71% (curva EV) - Tela		
DOENÇA CLASSIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:	SIM ( <input type="checkbox"/> )	NÃO ( <input type="checkbox"/> )	Dr. José Lacerda Neto CRM-RS 25222







PREFEITURA MUNICIPAL DE TRACUNHAÉM

CONSTRUINDO O FUTURO COM ARTE

UNIDADE MISTA MARIA GERCINA DA SILVA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA – SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE:	Lucieleide Maria da Silva		
REGISTRO:	100675	HORA:	19:25
DATA DO NASCIMENTO:	26-03-1983	IDADE:	25
ENDEREÇO:	Av. Liberdade R 2517		
FILIAÇÃO:	Maria Jose da Silva		
QUEIXA PRINCIPAL:			
PA:	120x70	TEMPERATURA:	HGT:
DADOS CLÍNICOS:	Dor intenso, com febre e hipertermia, possivel fractura da tibia. Pode haver desvio para o lado. Sintomas: dor, febre, hipertermia.		
HÍPOTESE DIAGNÓSTICA:	Fratura da tibia!		
EXAMES SOLICITADOS:	Otoscopia 556 4729		
TRATAMENTO PROPOSTO:	1) Rx 18. Recurso EV - Sustento		
DOENÇA CLASSIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:	SIM ( <input type="checkbox"/> )	NÃO ( <input type="checkbox"/> )	Dr. José Lacerda Neto Médico MEPE 25122





SES/FUSAM  
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado

Lucilete m s  
de Silveira

portador da Carteira Profissional n.º \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

necessita de 90 (noventa) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico Fruíte amarela

d) Tratamento

Traitil amar

Deverá retornar ao Ambulatório de: \_\_\_\_\_

Com \_\_\_\_\_ dias ( marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOSPITAL/AMBULATÓRIO

LOCALIDADE/DATA

Mauricio Sérgio Vasconcelos  
Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 10452

Ass. do Médico – CRM N.º

**NOTA:** ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF





\*\* SES/FUSAM \*\*  
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: \_\_\_\_\_ PARA: AMBULATÓRIO

NOOME DO PACIENTE:	Lucilene M. de Souza	
PRONTUÁRIO Nº:	1079096	ALTA HOSPITALAR EM: 29/11/16
RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE:	Tacaratu	EM: 11
MÉDICO:	Mauricio Sergio Vasconcelos Assinatura: Mauricio Sergio Vasconcelos Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 10452	
MOTIVO:	Revisão	
RECIFE,		
Assinatura do responsável e carimbo		Visto - Chefe do Ambulatório

OBS.:

- A) ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B) TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C) SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM RETORNO AD AMBULATÓRIO (1º RETORNO).

011-HGOF





\*\* SES/FUSAM \*\*

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

**RESUMO DE ALTA – CLÍNICA CIRÚRGICA**

Nome: Lucas de Oliveira  
Reg.: 105.7096 Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

DATA DE ENTRADA: 25/10/18 DATA DE SAÍDA: 29/10/18

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Fuligem ossos  
pene expul

DIAGNÓSTICO FINAL: Fixador externo  
+ limpzeza

Evolução/Exames (em enfermaria):  
Transtato

DEVERÁ COMPARCER AO AMBULATÓRIO DE:

PARA CONTROLE EM \_\_\_\_\_

Maurício Sérgio Vasconcelos  
Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 10452

MÉDICO RESPONSÁVEL – CRM

105-HGOF





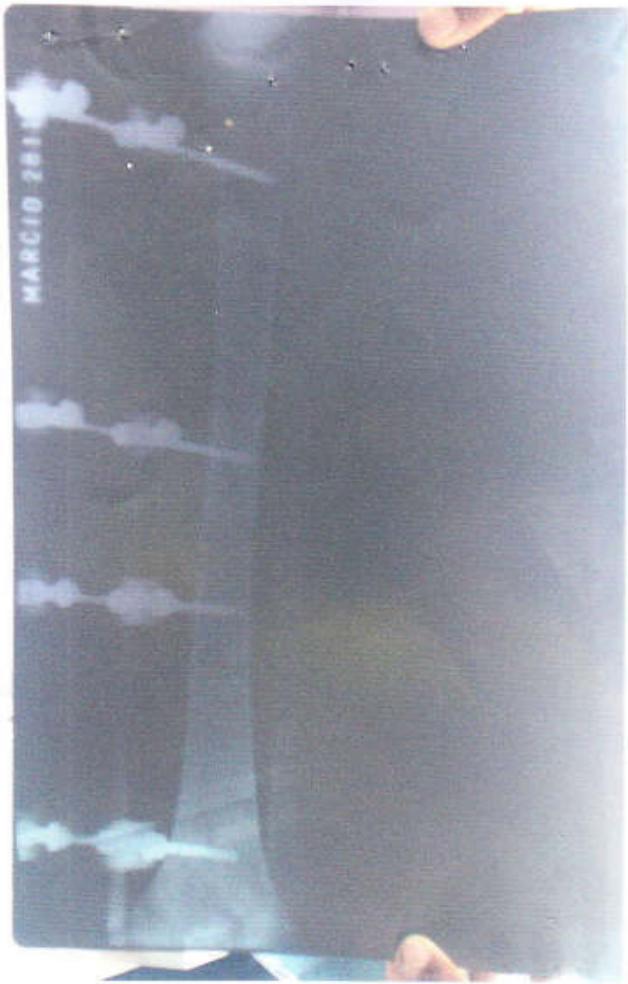
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012218800000055580597>  
Número do documento: 20011516012218800000055580597

Num. 56498375 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012218800000055580597>  
Número do documento: 20011516012218800000055580597

Num. 56498375 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012218800000055580597>  
Número do documento: 20011516012218800000055580597

Num. 56498375 - Pág. 22



**HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
EMERGÊNCIA**

S, Suss



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: LUCIA EIDE MARIA DA SILVA

Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA  
Data\_Nascimento : 26/03/1993 Idade: 25

Data Nasc.: 26/03/1993 Idade:  
Gênero: RG:

CPF: 541.000-000-00

Endereço: RUA 2  
Bairro: VILA FRAGUNHEA

Bairro: NOVO TRACUNHAEM Cidade:

CEP: 55805000

**Acompanhante:**

Nome da Mãe: MAF

**Nome do Conjugado:**

Atendimento: 3270628

Prontuário: 1074046

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 25/11/2018 21:24

**Médico: MEDICO PLANTONISTA**

### **Queixa Principal / HDA:**

**Exa Principal / HDA:** PRESENTE MAZADA DE TRENTE E TRÊS  
MESES DE ATENDIMENTO. NEGA CEFALGIA, P  
- VOMITO, DOR ABDOMINAL.  
- FEVEREIRO, QUINTA-FEIRA

Exame Físico: PCTB - Externas PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

A Viz avessa perna, não consegue caminhar  
B MVT passado pela mão, não RA nem extensão SC  
C FC: 78+, Pcs minúsculos, necessários, não dura  
D ECG: 15 /

Diag. Provisório: Esclerite MHHM (E), Ossos fraturados Pernas  
Exoftalmia (A E).

No: T017, Cervical, PEWE, PEMA (13)

escritão: Norma Dieta: Autres  
Data 25/11/18

## Horário

1) DIPONIBA 1,5 2-7 EN  
2) SF 100-4 ASTEM 12X  
3) SO ONTRESIX  
4) AUTO 21 UNIVER 6cm

REVISADO  
03/12/10  
Gaura

1 de 2





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
EMERGÊNCIA

S, SUS



**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

		Atendimento: 3270628	Prontuário: 1074046		
Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA	Data Nasc.: 26/03/1993	Idade: 25	Sexo: FEMININO	Cor: PARDA	Religião:
CPF:	RG:			CNS:	
Endereço: RUA 2					Nº: 0
Bairro: NOVO TRACUNHAEM		Cidade: TRACUNHAEM			Estado: PE
CEP: 55805000	Fone: 558191797649			Celular:	
Acompanhante:				Profissão:	
Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA					
Nome do Conjugue:					
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA					

**2 - ATENDIMENTO** Data: 25/11/2018 21:24 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA: *Veniente paciente de Tracunhaem vítima de acidente. Negar cefaleia, visão, dor abdominal.*

*Aguda Queda*

Exame Físico: Tc: TB: Espalda PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

*(1) Vr. Vr. Pectus, não coloca corrente  
(2) MV falso dente molar, não RA. não Enfuso SC.  
(3) Tc: 78 v, Pcs normais, negativas, não sopro  
(4) ECG: 15*

Diag. Provisório: *(3) Esotenia Molar (1), OBSCURA SINTOMA FEVEREIRA. (4) (2).*

*No: TOLM, Cerial Pene, Pernx (2)*

escrivão: *Norman* Dieta: *Autônoma*

Data: *25/11/18* Horário

<i>(1) Domicílio 1527-0000</i>	<i>07:00</i>
<i>(2) SF 100-4 Mtsm 18y</i>	<i>07:00</i>
<i>(3) no ortopedia</i>	<i>07:00</i>
<i>(4) Mtsm 21 Cmest Gata</i>	<i>07:00</i>
<i>PROTEGE</i>	<i>03-12-2018</i>
	<i>Gávea</i>

1 de 2





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

Nome: LUCIOLEIDE MARIA DA SILVA Idade: 25 Anos 8 Meses 0 Dia Nasc.: 26/03/1993  
Sexo: FEMININO CNS: Contatos: 81. 91797649 | Celular: 81.  
Mãe: MARIA JOSE DA SILVA Endereço:  
BAIRRO: NOVO TRACUNHAEM - CIDADE: TRACUNHAEM - UF: PE

Dados do Atendimento:  
Data/Hora Aten.: 25/11/2018 21:24  
Prontuário: 1074046  
Nº. Atendimento: 3270528  
Serviço: ORTOPEDIA E  
Enfermaria/Leito:  
Médico:  
MEDICO PLANTONISTA

### Admissão

#### Queixa Principal

DOR Perna Esquerda

#### História Clínica

VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUINDO COM DOR EM PERNAS ESQUERDA

#### Exame Físico

Mobilização  
MOVIMENTO EM FACE MEDIAL PERNAS ESQUERDA

#### Observações

FRATURA EXPOSTA PERNAS ESQUERDA

#### Conduta

INTERNAMENTO

Lucas Severo  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 25.317

LUCAS SEVERO BONILHA DE SOUZA - CRM: Nº.25317

26/11/18 - fte m pfm  
11h - avançada vcpa em BC/3R  
p/ cirurgia.

MF  
Dr. MÁRCIA HIRSCH  
CRM 15797 TCE 11652  
Ortopedia e Traumatologia  
Centro de Coluna  
DRT. MÁRCIA HIRSCH  
CRM 15797 TCE 11652  
Ortopedia e Traumatologia  
Centro de Coluna

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70  
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipó - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012218800000055580597>  
Número do documento: 20011516012218800000055580597

Num. 56498375 - Pág. 25

	HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE	
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE C.G.C.: 09.794.975/0004-56		
<b>LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH</b> INFORMAÇÕES DO PACIENTE		

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA	Nº DO REGISTRO: 1074046
CLÍNICO: ORTOPEDISTA	Nº DO LEITO:

OPERADOR: DR MARCELO LARRAZABAL

1º ASSISTENTE: DR ROBERTO WANDERLEY	2º ASSISTENTE:
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR OMAR
ANESTESISTA: SEDAÇÃO + ANESTESIA LOCAL	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 26/11/2018    INÍCIO:    FIM:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURAS EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA

OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. LIMPEZA CIRÚRGICA DE FRATURA DE TIBIA COM SF0,9%
5. FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA COM FIXADOR LINEAR DE TIBIA (02 BARRAS + 08 CONECTORES PINO-BARRA + 04 PINOS)
6. DESBRIDAMENTO
7. CURATIVO
8. A SRA

Dr. Marcelo Larrazábal  
Traumatologia / Ortopedia  
CRM: 17.874 - TEOT: 13.843






## ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ROT 13.4-01.V1

SETOR:	P05 - DP 10103		DATA: 28/11/18
NOME:	Joaquim Leônido Maria da Silva		
NOME SOCIAL:			
IDADE:	25	DATA DE NASCIMENTO:	26/03/93
FILIAÇÃO:	ESTADO CIVIL: Solteiro Paulo José da Silva e maria José da Silva		
ENDERECO:	Rua - H nº 94 Nazaré da mata		
PONTO DE REFERENCIA:	Próximo do SIEI.		
TELEFONES:	991797649 / 993309097		
ENTREVISTADO(A):	Geraldo Cândido R. Costa PARENTESCO: Cunhado		
DOCUMENTOS: POSSUI (X) NÃO ( )	APRESENTADOS:	RG 9315 844 SDS IPE	

1º ATENDIMENTO (X) READMITIDO ( )	PROCEDÊNCIA:
ACOMPANHANTE: Sim	PARENTESCO: Cunhado
TABAGISMO: SIM ( ) NÃO (X) ABANDONO ( )	ETÍLICOS: SIM (X) NÃO ( ) ABANDONO ( )
OUTRAS DROGAS: SIM ( ) NÃO (X) ABANDONO ( )	QUAIS:
POSSUI NECESSIDADE ESPECIAL: SIM ( ) NÃO (X)	QUAIS:
COBERTURA DE PSF: SIM (X) NÃO ( )	ACOMPANHAMENTO: SIM ( ) NÃO (X)

PROFISSÃO:	ESCOLARIDADE:
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM ( ) NÃO (X)	OUTROS:
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: 04 Reside com a genitáre + 02 filhas	
APOIO FAMILIAR: SIM ( ) NÃO ( )	BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO ( ) ASSISTENCIAL (X) NÃO RECEBE ( )

ALTA HOSPITALAR: SAÍRA ACOMPANHADO (X) DESACOMPANHADO ( )
CONTATO C/ MUNICÍPIO (X) RECURSOS PRÓPRIOS ( ) CONTATO C/ FAMÍLIA ( )

OBSERVAÇÕES: Admitida neste Serviço, encaminhada do Hospital de Trauma ém.  
Referindo Trauma em MIE, após sofrer acidente de moto (SIEI).  
Oriento retina + compromisso.

ASSISTENTE SOCIAL: Maria de Lourdes P. da Costa  
Lourdes  
Assistente Social  
CRSS/UFSC/PE





SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Lucieleide M<sup>2</sup>

CLÍNICA:

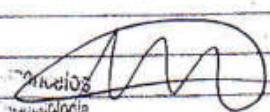
ENF.: 10

LEITO: 03

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
27/11/18	21h	Pac. admitida neste setor procedente de SRP1, consciente, orientada, gabinete, gabinete, MIE com fixador externo, HVS -, DMO, Higrômetro -, erros, afibril, espúrias, seque em obs - Assistente de V. Costa Carmen Paula COREN: F2830
28/11/18	3 <sup>o</sup> DP	Frottage expõe pele E e/ou exacerba Solução de cobre pél-ap e anilho
28/11/2018		Risioterapia Motoria (03x05001-01) Reabilitador: Risioterapeuta assistente, em MIE; ativa em MSS e MID; manutenção de gliotios e quadriap; e quinquagés.
28/11/18		HOF Radiologista Radiológico Perna direita Técnico Radiólogo Reg. 003-HGOF
28/11/18		EG Reg., consciente, orientada, espúrias, afibril, fixador ext em MIE, removido anestésico, reite a diete, eliminação Verônica Ribeiro COREN-PE: 103.421-7

003-HGOF



DATA	HORA	EVOLUÇÃO
29/11/18		<p>Vit o de controle com bem reduzido e drag. de pigmentação sem indicação de hach.</p> <p>Cicatriz ok</p> <p>c. Alc. hayashi.</p> <p>Mauricio Acupuntura CRF-SP 14212</p> 
29/11/2018		<p>Fisioterapeuta Motor 1030205001-91 Mantenho condutor + ouvertouras para alta.</p> <p>Priscila Silveira Fisioterapeuta 172666-F</p> 





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 16:01:22  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011516012218800000055580597>  
Número do documento: 20011516012218800000055580597

Num. 56498375 - Pág. 30

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180597515      **Cidade:** Tracunhaém      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCICLEIDE MARIA DA SILVA      **Data do acidente:** 25/11/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 19/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

