



13/03/2020

Número: **0073535-61.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/11/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARILENE GOMES FERRAZ (AUTOR)		RUTH RODRIGUES COSTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59207577	13/03/2020 10:32	<a href="#">2699806_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01</a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00735356120198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA
INCIDENTE DE PRESCRIÇÃO:
Data Limite do Ajuizamento: 02/04/2019
Data do Ajuizamento: 05/11/2019

**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 **MARILENE GOMES FERRAZ**, 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 **18/02/2016**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 24/02/2016.**

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 ausência de sequelas.

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



#### **ANALISAR LESÃO PREEXISTENTE**

**CUMPRE ESCLARECER, EXA., QUE A PARTE AUTORA RECEBEU ADMINISTRATIVAMENTE DA RÉ O VALOR DE R\$11.812,50 REFERENTE A SINISTRO OCORRIDO EM 26/09/2014 NO QUAL RESULTOU EM LESÕES NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DA PARTE AUTORA.**

**ASSIM, PROMOVE A PRESENTE AÇÃO REQUERENDO INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE OCORRIDO EM 18/02/2016, ALEGANDO LESÃO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, OS EXATOS SEGMENTOS JÁ INDENIZADOS ANTERIORMENTE.**

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.

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA**

#### **DA AUSÊNCIA DE DATA NA PROCURAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS**

Verifica-se que o instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, viola a regra esculpida no art. 104 do CPC, tendo em vista a ausência de data na procuração acostada aos autos.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração válida não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.



## **QUESTÃO PREJUDICIAL DE MÉRITO**

### **DA PRESCRIÇÃO**

A parte autora alega ter sofrido acidente de trânsito EM , ficando debilitada de forma permanente.

Em 03/10/2017, a parte autora deu entrada no pedido administrativo, **suspendendo** assim, o prazo prescricional que estava em curso, conforme previsão da súmula 229 do STJ.

*Súmula 229 STJ: "O pedido do pagamento de indenização à Seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão".*

Em 14/11/2017, a Ré encaminhou carta de negativa / informando pagamento administrativo, e assim, após esta data, o prazo prescricional voltou a fluir, encerrando-se em 02/04/2019.

Ocorre que a presente ação foi ajuizada em 05/11/2019, ou seja, após o término do prazo prescricional.

Vejam os a jurisprudência:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO. EXTINÇÃO DO PROCESSO COM RESOLUÇÃO DO MÉRITO. PRESCRIÇÃO ANUA. ART. 487, II, NCPC. SÚMULAS 278, 229 E 101 DO STJ. RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. DECISÃO UNÂNIME.- "O termo inicial do prazo prescricional, na ação de indenização, é a data em que o segurado teve ciência inequívoca da incapacidade laboral". Súmula 278, do STJ.- "O pedido do pagamento de indenização à seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão". Súmula 229, do STJ.- Resta operada a prescrição quando a soma dos lapsos temporais referentes ao período anterior e posterior da suspensão excede o prazo de um ano previsto no art. 206, §1º, II, do Código Civil, e na Súmula 101, do STJ.- Precedente do STJ.- Apelação Cível a que se nega provimento, à unanimidade.

(Apelação 480389-80000095-96.2015.8.17.1540, Rel. Stênio José de Sousa Neiva Coêlho, 2ª Câmara Cível, julgado em 19/12/2018, DJe 11/01/2019)

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTO DO SEGURO DPVAT - PRAZO PRESCRICIONAL DO ART. 206, §3º, IX, DO CC - APLICAÇÃO DAS SÚMULAS 229 E 405, DO STJ - PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO AUTORA - APELO DESPROVIDO - SENTENÇA PRESERVADA - UNANIMIDADE.

(Apelação 518612-50045444-83.2015.8.17.0001, Rel. José Carlos Patriota Malta, 6ª Câmara Cível, julgado em 18/12/2018, DJe 25/01/2019)

Desta forma, a presente ação deverá ser julgada improcedente.

### **DA CIÊNCIA INEQUÍVOCA – DISTORÇÃO DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 278 DO STJ**

Não assiste razão a parte Autora na tentativa de adequar seu caso à hipótese de afastamento da prescrição em razão da aplicação da súmula 278 do STJ, visto que, em situação diametralmente oposta do que é alegado, percebe-se pelos documentos dos autos que a vítima não submeteu-se a tratamento permanente e contínuo com vistas a recuperação da lesão acometida em virtude do acidente.



Corroborando com o alegado, somente são juntados na exordial documentos médicos da época em que o mesmo sofreu acidente, deixando de acostar laudos que comprovem que este ficou em tratamento contínuo até a suposta ciência inequívoca do caráter permanente da invalidez<sup>1</sup>.

Imperioso ressaltar que o simples fato da parte Autora se submeter a uma nova perícia, não pode dar ensejo à renovação do prazo prescricional, sob pena de esvaziar o instituto da prescrição, tornando a ação de cobrança de seguro DPVAT, imprescritível, mormente por se tratar de um seguro cuja uma das coberturas é a invalidez **permanente**.

Forçoso assinalar que a simples alegação de que a “ciência inequívoca” se deu tanto tempo após o fato, abrirá precedentes para que, qualquer indivíduo ajuíze demandas no judiciário com sua pretensão prescrita, bastando apresentar um novo laudo do IML, alegando que sua ciência se deu nesta data.

Ademais, não é crível nem verossímil que, após ter sofrido um acidente que resultou graves lesões e sequelas permanentes, conforme alega o Requerente, após o decurso de tanto tempo é que tenha se dado conta do verdadeiro efeito das lesões sofridas e suas consequências.

Diante do exposto, e por tudo mais que dos autos consta, irremediável a não aplicação da súmula 278 do STJ, por ser razão da mais lúdima justiça!

### **DO MÉRITO**

#### **DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO**

##### **LESÃO PREEXISTENTE**

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória DPVAT em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 26/09/2014.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos da ação supracitada em decorrência de LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

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.

#### **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 a indenização.

<sup>1</sup>STJ, A.I nº 1.375.362 – MT, Relator Ministro Raul Araújo, julgamento 30/11/2011 “RECURSO DE APELAÇÃO - DECISÃO MONOCRÁTICA - RECONHECIMENTO DE PRESCRIÇÃO – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - SÚMULA Nº 405 DO STJ - PRAZO DE 03 (TRÊS) ANOS ART. 206, § 3º, IX, DO CC/2002 - SÚMULA Nº 297 DO STJ - INAPLICABILIDADE NO CASO CONCRETO - PRESCRIÇÃO OCORRIDA ANTES DO INÍCIO DE QUALQUER EXAME PERICIAL - IMPOSSIBILIDADE DA PRESCRIÇÃO FICAR DEPENDENTE DE AÇÃO POTESTATIVA DA VÍTIMA – VONTADE DE SE SUBMETTER OU NÃO AO EXAME – RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.”



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>2</sup>.

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.

#### **DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE**

#### **AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS**

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

**Em contrapartida, verifica-se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia o qual atestasse que o membro não exerceria a função da mesma forma natural.**

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexo causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.

#### **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.

<sup>2</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)



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>3</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>4</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.

#### **DO LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL ESTABELECIDO NO ART. 3º DA LEI 6.194/74 - R\$ 13.500,00**

#### **DAS INDENIZAÇÕES JÁ RECEBIDAS RELATIVAS AO SEGURO DPVAT**

Insta esclarecer que, o autor ingressou com pedido administrativo e após o crivo medico da seguradora recebeu o valor de **R\$ 11.812,50 REFERENTE A SINISTRO OCORRIDO EM 26/09/2014**

A Lei 6194/74, dispõe sobre os limites máximos indenizáveis para a cobertura do Seguro DPVAT:

*“art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:*

...

***II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;***

**[...]**

<sup>3</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 HOUEVE 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>4</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.”





Considerando o estabelecido, cabe informar que a parte autora **já recebeu indenização do Seguro DPVAT no valor de R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).**

Portanto, requer a juntada dos inclusos documentos que comprovam as indenizações recebidas; e caso se reconheça o direito do autor à eventual indenização, o valor da condenação não poderá ser superior à diferença do somatório das indenizações já recebidas até o valor correspondente ao teto legal.

### **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>5</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>6</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**

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

*Ex Positis*, requer seja extinto o feito com julgamento do mérito, com fulcro no art. 487, inciso II do Código de Processo Civil c/c 206, § 3º, inciso IX do Código Civil, por **absolutamente prescrita**.

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 Súmula 474 do STJ.

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

<sup>5</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>6</sup> **art. 1º . (...)**

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



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.

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 exposto 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. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de março de 2020.

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**



### 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.



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARILENE GOMES FERRAZ**, em curso perante a **23ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00735356120198172001.

Rio de Janeiro, 9 de março 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0073535-61.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/11/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARILENE GOMES FERRAZ (AUTOR)		RUTH RODRIGUES COSTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59207580	13/03/2020 10:32	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

Comprovante de residência



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marielene Gomes Ferraz

RG nº 1.868.548, data de expedição 03/09/92, Órgão SSP/PE

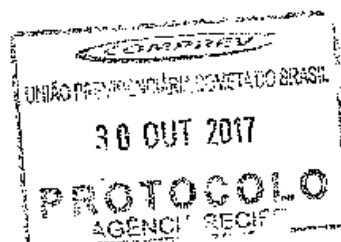
CPF nº 326.503.534-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Buvetizal</u>
Número	<u>190</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Torres</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>50.640-560</u>
Telefone de Contato	<u>9.8774-3744 / 9.8753-1770</u>
E-mail	<u>recife.carpina@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 30/10/17

Assinatura do Declarante: Marielene Gomes Ferraz



04



**Seguro DPVAT - Proteção para todos**

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

**saiba +**  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

**LIDER**

**Seguradora**  
**LIDER**  
 Administradora do Seguro DPVAT

MARILENE GOMES FERRAZ  
 RUA BURITIZAL, 190 CASA  
 TORRÕES  
 CEP 50640-560 - RECIFE - PE

**Revolução**

Seguradora Líder - DPVAT  
 CAIXA POSTAL 40 970  
 CEP: 20.270-971  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

**Para uso dos comissários**

☐ Multa  
☐ Desemprego  
☐ Não existe o nº Inscrição  
☐ Encargos  
☐ Faltas  
☐ Não provido

**Responsável pela informação**

☐ Motorista  
☐ Passageiro  
☐ Faltas  
☐ Não provido

**Entre em contato conosco**  
**SAC DPVAT 0800 022 12 04**  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

20





Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

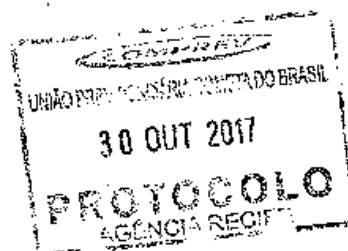
Carta nº: 11785319

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170540036 ASL-0385024/17  
Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ  
Data Acidente: 18/02/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),



Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e culde você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

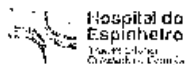
Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**







## RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: LEONARDO SANTA CRUZ NUNES

Número CRM: 13983

UF: PE

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ

Nº Carteira Convênio do Paciente: 16495000119012023

CPF do Paciente: 32650353449

Data do Atendimento: 22/02/2016

Documentação médica - hospital




RECEITA

USO EXTERNO

01) FITOSCAR POMADA

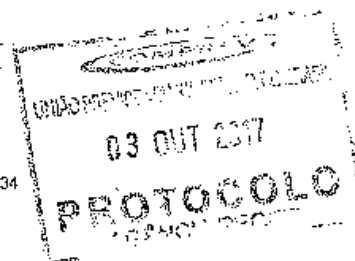
APLICAR APOS O BANHO POR 30 DIAS  
COBRIR COM GAZE E ATADURA

  
LEONARDO NUNES  
CRM 13983  
22/02/2016 12:56

1330004 LEONARDO SANTA CRUZ NUNES

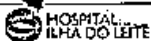
22/02/2016 12:56

192.85.4.34



06



**FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL**

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ

Idade: 62

Médico: ALDO LEITE MOREIRA NETO

Data: 18/02/16 02:56

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Atendimento 10612383

Prontuario 2531058

**ANAMNESE**

Pct Trazida Pelo Bombeiro  
Com Quadro De Acidente De Transito Refere  
Dor Em Ombro E // Joelho E  
Eupn Lote Ac Ar Ndn

**Exames Físico**

Peso(Kg):

Temperatura(°C):

**Exames/Procedimentos Solicitados**

- 32050054 - Rx Torax: P.A - Lat	- 32040067 - Rx Joelho: A.P. - Lateral
- 32050038 - Rx Torax P.A	- 32030070 - Rx Articulacao Escapulo-Um
C28800516 32030070 - Rx Articulacao Escapulo-Um	C28800524 32040067 - Rx Joelho: A.P. - Lateral
C28800532 32050038 - Rx Torax P.A	

**Evolução Médica**

Paciente Em Observacao

**Prescrição Médica Nº 6437459**

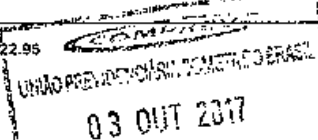
1- PARACETAMOL (750.00mg)	750mg	1 COMP Agora	ORAL	CRM-13845
2- PROFENID IM (50.00mg/ml)	100mg	2 ML	Agora IM	CRM-13845

R3001

DANILO DE SOUZA BRANDAO

14/08/2017 15:21

10.1.22.95



Carimbo / Assinatura profissional

ALDO LEITE MOREIRA NETO

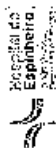
Médico(a)

CRM-13845

Impresso por: DANILO DE SOUZA BRANDAO

Em: 14/08/2017 15:21





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria  
2ª Via orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: LEONARDO SANTA CRUZ NUNES	
CRM: 13983	UF: PE
R DO ESPINHEIRO 222 ESPINHEIRO 52020020 Tel.	
Cidade/RECIFE	UF: PE

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ  
Endereço: AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE PE 50060002 Tel. 8774-3744  
CPF: 32650353449  
Nº Carteira Convênio: 16495000119012023

Prescrição: USO ORAL

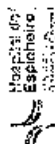
011 TRAMAL 50MG 02 CAIXAS

TOMAR 01 COMP 08:08 HORAS  
POR 05 DIAS

Data: 22/02/2016

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:			
Ident:	Orgão Emissor:		
End:			
Cidade:	UF:		
Telefone:			

Assinatura do Farmacêutico Data: / /



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria  
2ª Via orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: LEONARDO SANTA CRUZ NUNES	
CRM: 13983	UF: PE
R DO ESPINHEIRO 222 ESPINHEIRO 52020020 Tel.	
Cidade/RECIFE	UF: PE

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ  
Endereço: AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE PE 50060002 Tel. 8774-3744  
CPF: 32650353449  
Nº Carteira Convênio: 16495000119012023

Prescrição: USO ORAL

011 TRAMAL 50MG 02 CAIXAS

TOMAR 01 COMP 08:08 HORAS  
POR 05 DIAS

Data: 22/02/2016

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:			
Ident:	Orgão Emissor:		
End:			
Cidade:	UF:		
Telefone:			

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

08

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EXATENTE  
Nome Completo: LEONARDO SANTA CRUZ NUNES  
CRM: 13583 UF: PE  
R DO ESPINHEIRO 222 ESPINHEIRO 52020020 Tel.  
Cidade: RECIFE UF: PE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria  
2ª Via orientação ao Paciente

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Leonardo Santa Cruz Nunes  
Data: 13/03/2020

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ  
Endereço: AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE PE 50060002 Tel. 8774-3744  
CPF: 32650353449  
Nº Carteira Convênio: 16435300119012023

Prescrição: USO ORAL

01) TRAMAL 50MG 02) CAIXAS

TOMAR 01 COMP 09:00 HORAS  
POR 05 DIAS

Data: 22/02/2016

IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR

Nome:

Ident:

Orgão Emissor:

End:

Cidade:

Telefone:

UF:

Assinatura do Farmacêutico Data:

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EXATENTE  
Nome Completo: LEONARDO SANTA CRUZ NUNES  
CRM: 13583 UF: PE  
R DO ESPINHEIRO 222 ESPINHEIRO 52020020 Tel.  
Cidade: RECIFE UF: PE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria  
2ª Via orientação ao Paciente

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Leonardo Santa Cruz Nunes  
Data: 13/03/2020

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ  
Endereço: AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE PE 50060002 Tel. 8774-3744  
CPF: 32650353449  
Nº Carteira Convênio: 16435300119012023

Prescrição: USO ORAL

01) TRAMAL 50MG 02) CAIXAS

TOMAR 01 COMP 09:00 HORAS  
POR 05 DIAS

Data: 22/02/2016

IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR

Nome:

Ident:

Orgão Emissor:

End:

Cidade:

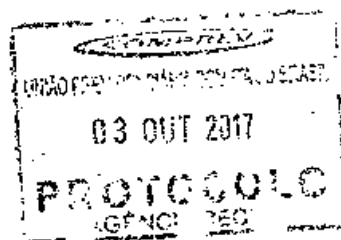
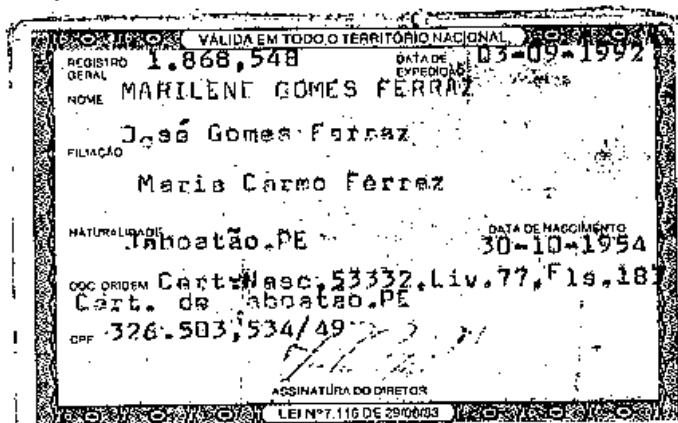
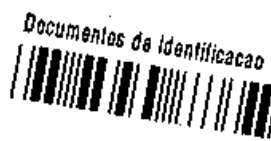
Telefone:

UF:


Assinatura do Farmacêutico Data:

03 OUT 2017





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das  
Construções do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385024/17  
Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ  
CPF: 326.503.534-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/02/2016  
Titular do CPF: MARILENE GOMES FERRAZ

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

Outros



**MARILENE GOMES FERRAZ : 326.503.534-49**

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.

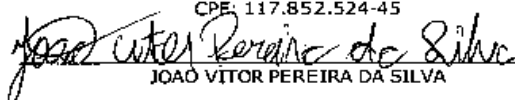
#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2017  
Nome: MARILENE GOMES FERRAZ  
CPF/CNPJ: 326.503.534-49

MARILENE GOMES FERRAZ

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2017  
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA  
CPF: 117.852.524-45

  
JOÃO VITOR PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385024/17

Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ

CPF: 326.503.534-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/02/2016

Titular do CPF: MARILENE GOMES FERRAZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARILENE GOMES FERRAZ : 326.503.534-49

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/10/2017

Nome: MARILENE GOMES FERRAZ

CPF: 326.503.534-49

MARILENE GOMES FERRAZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2017

Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

*João Vitor Pereira da Silva*



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170540036 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARILENE GOMES FERRAZ **Data do acidente:** 18/02/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Ferida lácero-contusa em punho esquerdo. Contusão do ombro esquerdo. Contusão do joelho esquerdo. Múltiplas escoriações.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima refere dor em punho esquerdo aos esforços. Ao exame apresenta cicatriz hipertrófica em face anterior do punho esquerdo com movimentos preservados do punho esquerdo. Movimentos preservados do ombro esquerdo. Movimentos preservados do joelho esquerdo com marcha normal.

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento conservador, analgesia e curativo de ferida.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 13/11/2017

#### Conduta mantida:

#### Observações:

**Médico examinador:** Ana Maria Barros Falcao

**CRM do médico:** 8978

**UF do CRM do médico:** PE

### 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

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **MARILENE GOMES FERRAZ** Sinistro: **3170540036** Data: **18/02/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Buritizal, 190, casa - Torrões - Recife - PE - CEP 50640560**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP / PE** ] **1868548**

Data local do exame: [ **13/11/2017** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Ferida látero-contusa em punho esquerdo. Contusão do ombro esquerdo. Contusão do joelho esquerdo. Múltiplas escoriações. Vítima refere dor em punho esquerdo aos esforços. Ao exame apresenta cicatriz hipertrófica em face anterior do punho esquerdo com movimentos preservados do punho esquerdo. Movimentos preservados do ombro esquerdo. Movimentos preservados do joelho esquerdo com marcha normal.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**A vítima foi submetida a tratamento conservador, analgesia e curativo de ferida.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ ] Sim [ **X** ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( **X** ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

  
Dra. Ana Maria Barros Falcão  
CRM: 276.099.874-72  
CBO: 307010

Ana Maria Barros Falcão - CRM: 8978 - PE



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11785319

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170540036 ASL-0385024/17

Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ

Data Acidente: 18/02/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00247/00248 - carta\_01



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2017

Carta nº: 11794728

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3170540036 ASL-0385024/17  
Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ  
Data Acidente: 18/02/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00677/00678 - carta\_02



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta n°: 11848902

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170540036 ASL-0385024/17

Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ

Data Acidente: 18/02/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00161/00162 - carta\_03



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2017

Carta nº: 11958000

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3170540036 ASL-0385024/17  
Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ  
Data Acidente: 18/02/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00349/00350 - carta\_04





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário 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.

EU, MARILENE GOMES FERRAZ

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.868.548 EXPEDIDO POR SSP-PE EM 03/09/92 E

CPF 3126563539-49 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Recusa-se

E RENDA MENSAL DE R\$ Recusa-se (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARILENE GOMES FERRAZ, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Ilóticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4007 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01002676-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO

03 OUT 2017

PROTOCOLADO

RECIFE-PE, 03 de OUTUBRO de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ATENÇÃO

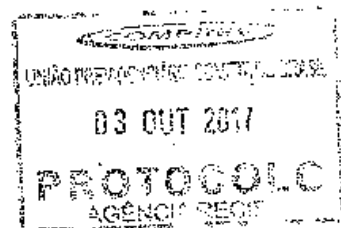
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.



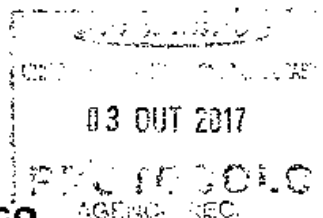
CALXAS ELETRONICOS SANTANDER  
SALDO DE CONTA CORRENTE

22/03/2016 15:06:16 - DATA CONTABIL: 22/03/2016  
LOCAL: 033-4016 - RECIFE-RUA  
TRANSACAO: 0660048 - TERMINAL: 0000172

MARILENE GOMES FERRAZ  
BANCO: 033 AGENCIA: 4007 CONTA: 01-002676-7



Boletim de ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 004ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESPINHEIRO -**  
**DP4ªCIRC DIM/2ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0094000556**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/02/2016** às  
**11:44**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **18/2/2016** às **01:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA QUARENTA E OITO, 1, ESQUINA COM RUA**  
**DO ESPINHEIRO - Bairro: ESPINHEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
ALARRUBIA GOMES BARBOSA DA SILVA (OUTRO )  
FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA (VITIMA )  
MARILENE GOMES FERRAZ (VITIMA )  
MARTA GOMES BARBOSA SILVA (VITIMA )  
SHOFIA FERRAZ BARBOSA SILVA (VITIMA )



**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

**FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA (presente no plantão) - Sexo:**  
**Masculino Mãe: JANDIRA LUCAS Pai: NATHEUS RICARDO DRYGALA Data de Nascimento:**  
**16/8/1969 Naturalidade: SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 6394838/SSP/PE**  
**(RG). 13888218847 (CPF). 0101888888 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2°.**  
**GRAU COMPLETO Profissão: EMPRESARIO Telefones Celulares:**  
**- 9923718874**

**Endereço Residencial: RUA ESTEVAO DE SA, 388, APTO 803 - BLOCO 4 - CEP: 55090-900 -**  
**Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARILENE GOMES FERRAZ (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA**  
**CARMO FERRAZ Pai: JOSE GOMES FERRAZ Data de Nascimento: 20/10/1954 Naturalidade:**  
**JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1388848/SSP/PE**

24/02/2016 11:40

01





(RG) 32859353448 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO  
Profissão: PENSIONISTA Telefones Celulares:  
- 957743744

Endereço Residencial: RUA DA OLARIA, 218, CASA E - CEP: - Bairro: -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

MARTA GOMES BARBOSA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
MARILENE GOMES FERRAZ Pai: JOSÉ BARBOSA SILVA Data de Nascimento: 3/5/1971  
Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
4423985/SSP/PE (RG) 34251945434 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU  
COMPLETO Profissão: AUTÔNOMO(A) Telefones Celulares:  
- 952947648

Endereço Residencial: RUA MUNITIZAL, 136 - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRÕES -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

SHOFIA FERRAZ BARBOSA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:  
Feminino Mãe: ALARRUBIA GOMES BARBOSA SILVA Pai: FERNANDO RICARDO LUCAS  
DRYGALA Data de Nascimento: 15/10/2014 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA ESTEVÃO DE SA, 398 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

ALARRUBIA GOMES BARBOSA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:  
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALARRUBIA GOMES BARBOSA  
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/GM/PRISMA Objeto apreendido: Não  
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCR4987 (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: 185471164 Chassi: 95BK36900FG37832E  
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCO/GASOL

VEICULO 2 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/PEUGEOT/207 SW Objeto apreendido: Não  
Cor: CINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEH4336 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9362PKFWXCE996748  
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2012

#### Complemento / Observação

A VÍTIMA FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA, CONDUTOR DO VEICULO 1, SEGUIA  
PELA RUA DO ESPINHEIRO, E QUE NO CRUZAMENTO COM A RUA 43, COM O  
SEMÁFORO NA COR VERDE, PASSANDO EM VELOCIDADE REDUZIDA, O VEICULO 2,  
CONDUZIDO POR MOTORISTA DESCONHECIDO, COLIDIU CONTRA O SEU VEICULO  
CAUSANDO ACIDENTE COM AS VÍTIMAS ACIMA RELACIONADAS, QUE SE  
ENCONTRAVA EM SUA COMPANHIA NO VEICULO 1. SEGUNDO O QUEIXOSO, O  
MESMO DESMAIOU E TODAS AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU, QUE AS  
CONDUZIRAM PARA DIVERSAS UNIDADES DE SAÚDE. O SR. FERNANDO RICARDO  
LUCAS DRYGALA INFORMA TAMBÉM QUE APÓS O ACIDENTE, FOI INFORMADO PELO  
SOCORRISTA DO SAMU QUE O CONDUTOR DO VEICULO 2 ESTARIA SE FUGINDO DE  
UM BLOQUEIO DA LEI SECA. PEDIR PROVIDÊNCIAS.

24/02/2016 11:40

02

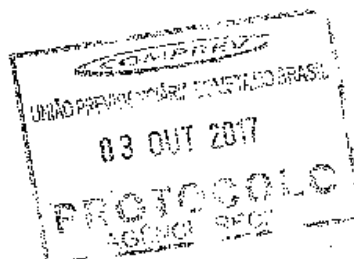
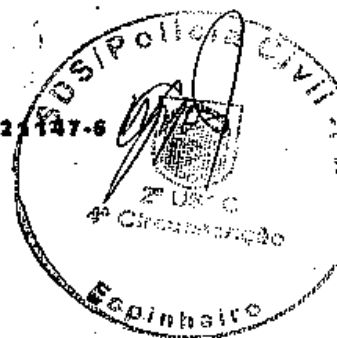
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*[Assinatura]*  
FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA  
(VITIMA)

*[Assinatura]*  
MARILENE GOMES FERRAZ  
(VITIMA)

*[Assinatura]*  
MARTA GOMES BARBOSA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: WELLINGTON GILENO DE NOVAES - Matrícula: 22147-6



24/02/2016 11:40

03

Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARILENE GOMES FERRAZ, portador da carteira de identidade nº 1.868.548 e inscrito no CPF/MF sob o nº 326.503.534-49 residente e domiciliado na RUA BURITIZAL, 190 Cidade RECIFE, Estado PERNAMBUCO, 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;

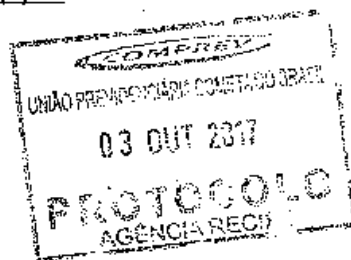
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Recife-PE, 03 OUTUBRO 2017

Local e data



05



Comprovante de residência



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARILENE GOMES FERRAZ

RG nº 1.868.548, data de expedição 03/09/92 órgão SSP-PE,

CPF nº 326.503.534-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

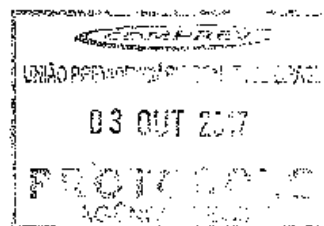
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA BURITIZAL</u>
Número	<u>190</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>TORRÕES</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>50640-560</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: RECIFE-PE, 03 OUTUBRO 2017

Assinatura do Declarante

Marilene Gomes Ferraz







Número: **0073535-61.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/11/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARILENE GOMES FERRAZ (AUTOR)		RUTH RODRIGUES COSTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59207581	13/03/2020 10:32	<a href="#">ANEXO 2</a>	Outros (Documento)



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2016

Carta nº: 9105891

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3160273072 ASL-0839977/16  
Vitima: MARILENE GOMES FERRAZ  
Data Acidente: 26/09/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01213/01214 - carta\_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2016

Carta nº: 9106914

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3160273072 ASL-0839977/16  
Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ  
Data Acidente: 26/09/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **02/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/09/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01591/01592 - carta\_03

00030796







Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2016

Carta nº: 9401075

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3160273072 ASL-0839977/16

Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ

Data Acidente: 26/09/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

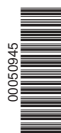
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01889/01890 - carta\_02





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2016

Carta nº: 9466874

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3160273072 ASL-0839977/16  
Vitima: MARILENE GOMES FERRAZ  
Data Acidente: 26/09/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARILENE GOMES FERRAZ

Valor: R\$ 11.812,50

Banco: 033

Agência: 000004007

Conta: 000001002676-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	11.812,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01609/01610 - carta\_15R





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** 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.

EU, MARILENE GOMES FERRAZ  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.368.548 SSP-PE EXPEDIDO POR SSP-PE EM 03/09/1992 E  
 CPF 00000000-00 / CNPJ 00000000-00, PROFISSÃO PESSOAL PRECATORIA  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ ( \* ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARILENE GOMES FERRAZ, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

( \* ) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4007 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01-002676-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

DOCUMENTO 1 "T10%"



Recife, 23 de Maio de 2016 MARILENE GOMES FERRAZ  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXAS ELETRONICOS SANTANDER  
SALDO DE CONTA CORRENTE

22/03/2016 15:06:16 DATA CONTABIL:22/03/2016  
LOCAL: 033.4016 - RECIFE-RUA  
TRANSACAO: 0660048 TERMINAL: 0000172

MARILENE GOMES FERRAZ  
BANCO: 033 AGENCIA: 4007 CONTA: 01-002676-7

SALDOS

SALDO CONTA CORRENTE	68,85-
(-) PROVISAO DE ENCARGOS *	4,24-
(=) SALDO DISPONIVEL C/C	68,85-
(+) LIM SANTANDER MASTER	3.100,00
(=) SALDO DISPONIVEL TOTAL	3.031,15

\*VALORES NAO DEDUZIDOS DO SALDO DISPONIVEL

SANTANDER MASTER  
TAXA DE JUROS 14,95%AM

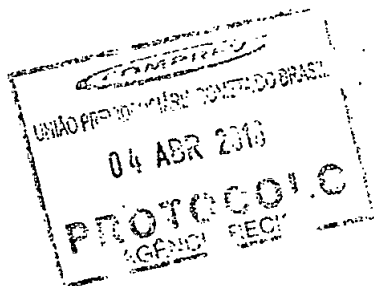
SALDOS DE PCUPANCA

PCUPANCA	SALDO
4007-60-014712-0	1.410,35

INFORMACOES PARA SIMPLES CONFERENCIA,  
ATUALIZADAS ATE DATA E HORA ACIMA E  
SUJEITAS A ALTERACOES.

CREDITO PESSOAL SANTANDER. DINHEIRO RAPIDO SEM  
BUROCRACIA E ATE 60 MESES PARA PAGAR. ACESSE A  
OPCAO EMPRESTIMOS DO CAIXA ELETRONICO E CONHECA  
AS CONDICOES. SUJEITO A ANALISE DE CREDITO.

BIOMETRIA  
CADASTRE SUA DIGITAL EM QUALQUER AGENCIA  
SANTANDER E TENHA MAIS PRATICIDADE  
E SEGURANCA NO SEU DIA A DIA.



DOCUMENTO 1 \*T196\*



*Recibo*

AT SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

05-07-2016

08 JUL 2016

RECIBO DE PAGAMENTO

SALDOS DE CONTA



Subproduto:	8949	SANTANDER MASTER	
Agência:	4007	RECIFE-SANTO ANTONIO	
Conta:	0033 4007	010026767	Moeda: BRL
Nome:	MARILENE GOMES FERRAZ		



2

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Marilene Gomes Ferraz  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua da Olaria, 210 B  
Torrões Recife PE CEP: 50640-160  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PE ] 1868548  
Data local do exame: [ 23/07/2016 ] Olinda [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**Fratura de plato tibial esquerdo contusao no ombro esquerdo com rotura de tendao.**

**Limitacao importante da adm do ombro sobretudo a abducao com limitacao apos os 30 graus, hipotrofia do m. deltoide em grau importante com reducao importante de forca no membro a elevacao lateral, forca global da mao preservada. Limitacao da adm do joelho esquerdo com desvio em varo associado a hipotrofia muscular e reducao da forca a extensao da perna em grau moderado. Marcha claudicante.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**Limitacao e reducao de forca no membro superior e inferior esquerdo.**

**Data da alta: Setembro de 2015**

**Tratamento cirurgico para fratura de plato tibial e no primeiro momento conservador para contusao do ombro esquerdo, sendo posteriormente submetida a tratamento cirurgico. Fez fisioterapia.**

**Complicações: nao houve.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitacao importante da adm do ombro sobretudo a abducao com limitacao apos os 30 graus, hipotrofia do m. deltoide em grau importante com reducao importante de forca no membro a elevacao lateral, forca global da mao preservada. Limitacao da adm do joelho esquerdo com desvio em varo associado a hipotrofia muscular e reducao da forca a extensao da perna em grau moderado. Marcha claudicante.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro superior - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

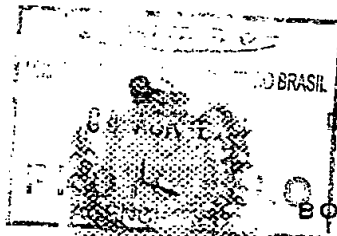
( ) Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Victor Borba  
CREMEPE 21266





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO -  
VÁRZEA - DP14ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **14E0104007015**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/12/2014** às  
**08:55**

**ATROPELAMENTO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado)** que  
aconteceu no dia **26/9/2014** às **16:45**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE TORROES (BAIRRO), 1** - Bairro:  
**TORROES - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
MARILENE GOMES FERRAZ ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA

Des. Emprego (Ubaldo Gomes de Menezes, 51) - Centro - CEP 50010-310 - Recife - PE - Fone: (81) 3414-0700 - e-mail: cartorio@recife.pe.gov.br

Cópia autenticada conforme original: **du fé.**

Recife-PE 17/03/2016 08:46:08. Em test. da verdade.

Emol:2,79 TSNR:0,62 TOTAL3,72

SEL0:0077248.ZIL02201601.41595

Rejane Estevão Cipriano

Escrevente Autorizada

EDUARDO HENRIQUE DE ARAUJO

Escrevente Autorizado

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

**MARILENE GOMES FERRAZ (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA CARMO FERRAZ Pai: JOSE GOMES FERRAZ Data de Nascimento: 30/10/1954 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA DA OLARIA, 210 - CEP: - Bairro: - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

### Complemento / Observação

**A VITIMA INFORMA QUE FOI ATRAVESSAR A AVENIDA ABDIAS DE CARVALHO NAS PROXIMIDADE DA UPA DOS TORROES, QUANDO UM MOTOQUEIRO DE PLACA KGF 0276 DE JABOATÃO -PE. ACABOU O ATROPELANDO, VINDO A MESMA A SER**



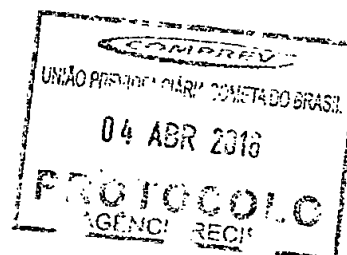
**SOCORRIDA PELO SAMU PARA UPB DOS TORROES E EM SEGUIDA AO HOSPITAL DO ESPINHEIRO, CONFORME ATESTADO APRESENTADO.**

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

*Marilene Gomes Ferraz*  
**MARILENE GOMES FERRAZ**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: ~~AURICELIO DOS SANTOS DE OLIVEIRA~~ - Matrícula: 350602-9

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA  
Rua Engenheiro Ubaldo Gomes de Mattos, 55 - Centro - CEP 50010-310 - Recife - PE - Fone: (51) 3424-0977 e-mail: cartorioroma@recife.pe.br  
Cópia autenticada conforme original: não fé.  
Recife-PE 17/03/2016 08:46:08. Em teste da verdade.  
Emol:2,79 TSMR:0,62 TOTAL3,72  
SELO:0077248.LFH02201601.41594  
EDUARDO HENRIQUE DE OLIVEIRA PINHEIRO  
Rejane Estevão Cipriano  
Assinado eletronicamente por: REJANE ESTEVÃO CIPRIANO - 13/03/2020 10:32:03



08/12/2014 08:58





DOCUMENTO 3 "T3"



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marilene Gomes Ferraz, portador da carteira de identidade nº 1.868.548 SSP-R e inscrito no CPF/MF sob o nº 326.503.534-49, residente e domiciliado na Rua da Olama, 210, Galpão, Fátima, Cidade Recife, Estado Pernambuco, 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;

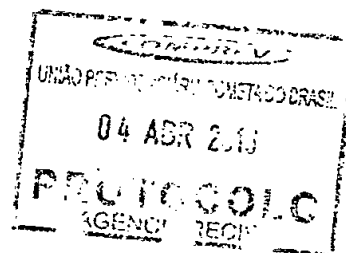
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Recife, 23 de Março de 2016

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Marilene Gomes Ferraz  
Local e data



4





POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.



Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

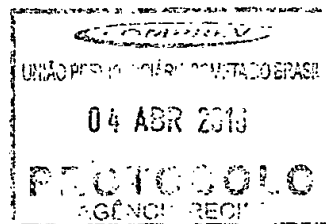
DA Nº. 161.02.2016  
EM: 09.03.2016

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **MARILENE GOMES FERRAZ**, portadora de Documento de Identidade RG nº **1868548** SSP/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **326.503.534-49**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência nº **1072219**, que no dia 26 de setembro de 2014, foi atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano Lagoa do Carro, vítima de atropelamento, por volta das 17h05, na Avenida Abdias de Carvalho, bairro de Torrões, Recife – PE e, em seguida, encaminhada para uma Unidade Hospitalar.  
Recife, 09 de março de 2016.

DOCUMENTO 2 \*T24\*



Dr. Sérgio Parente Costa  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano - Recife  
*Sergio Parente Costa*  
Dr. **Sérgio Parente Costa**  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife



3





PDF VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.

DOCUMENTO 1 \*T19\*



SAMU  
192

Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

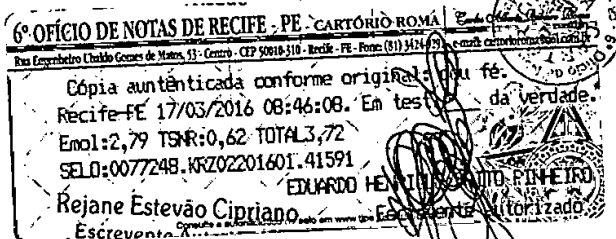
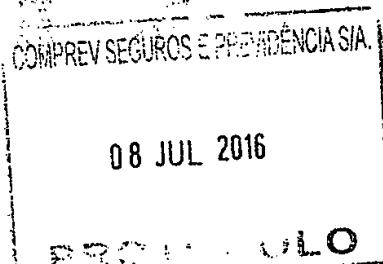
## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 161.02.2016  
EM: 09.03.2016

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **MARILENE GOMES FERRAZ**, portadora de Documento de Identidade RG nº **1868548** SSP/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **326.503.534-49**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência nº **1072219**, que no dia 26 de setembro de 2014, foi atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano Lagoa do Carro, vítima de atropelamento, por volta das 17h05, na Avenida Abdias de Carvalho, bairro de Torrões, Recife - PE e, em seguida, encaminhada para uma Unidade Hospitalar.

Recife, 09 de março de 2016.

Dr. Sérgio Parente Costa  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano - Recife  
*Sergio Parente Costa*  
Dr. Sérgio Parente Costa  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife



# 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:	27/07/2016
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	11.812,50
--------------	-----------

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

CLIENTE: MARILENE GOMES FERRAZ

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04007

CONTA: 000001002676-7

---

---

Nr. da Autenticação A2DB23CAE93634A2



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARILENE GOMES FERNANDES,

RG nº 1.868.548, data de expedição 03 09 1992 Órgão SSP-PE,

CPF nº 326.503.534-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DOCUMENTO 2 "T24"

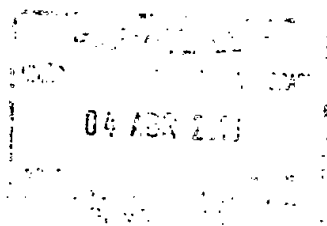


Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua DA OLARIA</u>
Número	<u>210</u>
Apto / Complemento	<u>CASA-B</u>
Bairro	<u>TORRÕES</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>50.640-160</u>
Telefone de Contato	<u>98774-3744</u>
E-mail	<u>NÃO POSSUI</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 23 de março de 2016

Assinatura do Declarante: Marilene Gomes Fernandes



25



		033-7		03399.49281 36981.601903 25381.501029 1 00000000000000			
Agência Recebedora Pagável preferencialmente no banco Santander				Vencimento		01/02/2016	
Beneficiário Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ 90 400 888/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011				Agência/Cód. Beneficiário		4916 XXXX XXXX 0846	
Data Documento 19/01/2016				Número do Documento		4007669993948255	
Uso Banco CENTRAL				Especie		FT-CI	
Carteira COB				Aceite		N	
Quantidade				Data Process		19/01/2016	
Valor				Nosso Número		8160190253815	
Valor do documento				Vencimento		01/02/2016	
Total desta Fatura R\$				Pagamento Mínimo R\$		19,52	
Valor Pago R\$				Pagamento Mínimo R\$		19,52	
RECIBO DO CLIENTE				Autenticação no verso			

Instruções: PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO <VALOR DO DOCUMENTO>  
 FATURAS PAGAS APOS O VENCIMENTO TERÃO ACRESCIMO E ENCARGOS,  
 CALCULADOS A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO E INCLUIDOS  
 NA SUA PROXIMA FATURA MENSAL  
 APOS 21/02/2016, PAGAR SOMENTE NAS AGENCIAS DO SANTANDER

**VISA**

MARILENE GOMES FERRAZ  
 R DA OLARIA 210  
 CS B TORROES  
 50640-160 RECIFE PE

CTC RECIFE PE PL1



7208288526272561174000618130210116

Pagador

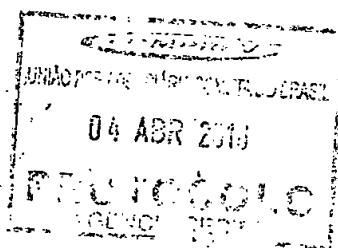
Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

não pagamento pode ocasionar o cancelamento do cartão.

Importante: Lembre-se de que, se você for nosso  
 correntista e caso o pagamento da sua fatura não ocorra  
 em tempo hábil, o Santander poderá cancelar o seu cartão.

Dica: Pagamentos atrasados podem ajudar a reduzir  
 em que acionar o cartão.  
 pagamentos atrasados de qualquer valor, no momento



26





Nº pág.: 1/2

Num. 59207581 - Pág. 17



Nome: **MARILENE GOMES FERRAZ** N° registro: **392679**  
Dt. Nasc.: **30/10/54 - 59 ano (s)** Sexo: **Feminino**  
Mãe: **MARIA CARMO FERRAZ** Fone:  
Endereço: **R DEZESSEIS DE OUTUBRO, nº 1, TORRÕES. RECIFE - PE**  
Data/hora: **26/09/2014 - 17:46** N° pág.: **1/1**

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, TRAZIDA PELO samu, COM FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

### EXAME FÍSICO:

Peso:                      Altura:                      IMC: ( )                      Temperatura: °  
PA: x mmHg                      HGT: mg/dL

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, HA MAIS OU MENOS 1HORA.  
FOI TRAZIDA PELO SAMU.

AO EXAME: DOR EM REGIÃO DE JOELHO ESQUERDO E OMBRO ESQUERDO.

### CONDUTA:

REALIZADO RAIOS-X MEDICADA COM AINH, IMOBILIZADA COM TALA ENGESSADA PROVISORIA COXO-  
PODALICO

### Exames Complementares/Resultados:

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA | CABEÇA ?<? | CÔNDILOS ?? DA TÍBIA,  
COM OU SEM MENÇÃO DE| EPÍFISE PROXIMAL ?? | FRATURA DO PERÔNIO [FÍBULA]  
TUBEROSIDADE ?>?

### OBSERVAÇÕES :

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hosp. Otávio de Freitas  
Motivo: Tratamento Cirúrgico  
Senha: 4530098

ou HAP VID

ESTE PACIENTE TEM CONDIÇÕES DE SER TRANSFERIDO  
POR MEIOS PRÓPRIOS :NÃO

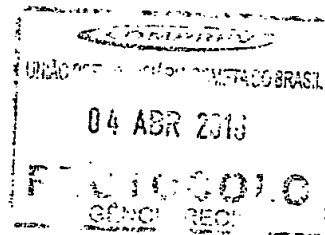
Dr. ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO  
CRM: 9225

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA  
Rua Engenheiro Ubaldo Gomes de Mattos, 53 - Centro - CEP 50910-310 - Recife - PE - Fone: (81) 3184-4440 - e-mail: cartorio@recife.pe.gov.br

Cópia autenticada conforme original. Veri. fé.  
Recife-PE 17/03/2016 08:46:08. Em tes. da verdade.  
Enol:2,79 TSNR:0,62 TOTAL3,72  
SELO:0077248.ESB02201601.41632

Estevão Cipriano QUARERO HENRIQUE RODRIGUES VIEIRA  
Vente Autorizado

com recursos publicos.



Avenida Engenheiro Abdias de Carvalhos, nº 1455, Torrões CEP: 50720-635 - Recife/PE  
Contato: (81) 3184-4440







**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**SANTA CASA**  
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

Nome: **MARILENE GOMES FERRAZ**

Nº registro: **392679**

Dt. Nasc.: **30/10/54 - 59 ano (s)**

Sexo: **Feminino**

Mãe: **MARIA CARMO FERRAZ**

Fone:

Endereço: **R DEZESSEIS DE OUTUBRO, nº 1, TORRÕES. RECIFE - PE**

Data/hora: **26/09/2014 - 16:45**

Nº pág.: **2/2**

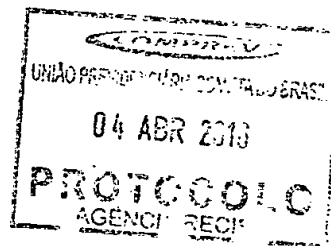
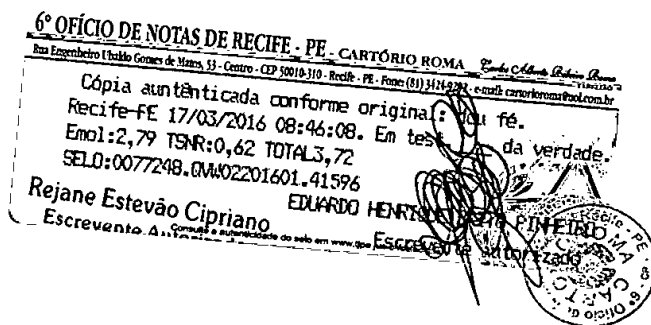
### Resultados de Exames:

RAIO-X APRESENTA FRATURA DO CANAL TIBIAL ESQUERDO.

### Evolução do paciente:

FEITO RAIO-X, + MEDICAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERIDA ATRAVÉS DA CENTRAL DE LEITOS

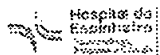
**Dr. ANTONIO MAURÍCIO SANTOS CONCEIÇÃO FILHO**  
CRM: 9225



**Esta conta dever ser paga com recursos publicos.**

Avenida Engenheiro Abdias de Carvalhos, nº 1455, Torrões CEP: 50720-635 - Recife/PE  
Contato: (81) 3184-4440





FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
10046630



16/11/2015 08:23:18

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
2531058	MARILENE GOMES FERRAZ	F	30/10/1954	61
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	32650353449		2-SOLTEIRO	
Endereço				
AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE-PE CEP:50060002				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
8774-3744		MARILENE GOMES FERRAZ		

DADOS DO ATENDIMENTO

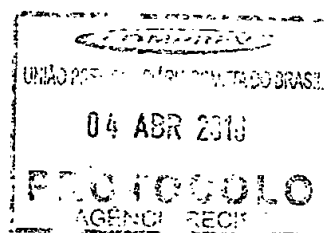
Setor			
300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
19/10/2015	14:41		
Médico Atendente			Clinica
1373625 RINALDO ROCHA LUCENA			5-ORTOPEDICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1373625 RINALDO ROCHA LUCENA			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano
3002-HAPVIDA	PAQUETA CALCADOS S/A
	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO
Carteira	Validade
16495000119012023	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1153953	99996666	949993620	INTERNACAO
1153953	30735068	949993620	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR
1153953	30735033	949997250	ACROMIOPLASTIA



R4310R1 - BRUNA DANIELLY ALVES MACEDO



# BOLETIM DE CIRURGIA

Nº Leito: \_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nome: Marlene G. Feres Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ M ☐ F  
 Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_ Diagnóstico Cirúrgico: \_\_\_\_\_

CIRURGIA PROPOSTA		PROCEDIMENTO REALIZADO	
<div style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">tto. Leão sangrante</div> <div style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">abdominopartiu</div>		<div style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">tto. Leão sangrante</div> <div style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">abdominopartiu</div>	
TIPO DE ANESTESIA		MATERIAL ESPECIAL LIBERADO	
<div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Bloqueio</div>			
POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO			
LIMPA	CONTAMINADA	POTENCIALMENTE CONTAMINADA	INFECTADA
INÍCIO: _____:_____:____hs		TÉRMINO: _____:_____:____hs	
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA			
<div style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;"> 1- Aproximação + anti-rupção + aproximação tampo  2- Aproximação para abdômen  3- Pericardiotomia do leão do sangrante  4- Exatidão dos planos com o leão  5- Sutura com monofilamento  6- Curativo </div>			
MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>			
Especificar: <div style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Instrumental - Arden Bellina</div>			
MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO:			
USO DE DRENO(S)	CONTAGEM DE COMPRESSAS		PEÇAS OPERATÓRIAS
NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Especificar: _____ _____ _____	Quantidade no início: _____ _____ _____	Quantidade no término: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Anátomo Patológico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Congelação    Resultado: _____ Especificar: _____
USO DE DRENO(S)	CONTAGEM DE COMPRESSAS		PEÇAS OPERATÓRIAS
NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Especificar: _____ _____ _____	Quantidade no início: _____ _____ _____	Quantidade no término: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Anátomo Patológico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Congelação    Resultado: _____ Especificar: _____

Boletim de Cirurgia COD74420

04 APR 201

PHOTO COPY



Emissão 19/10/2015 20:11:16

scrição: 0008213537 Atendimento: 10046630 Prontuário: 2531058  
 ite: MARILENE GOMES FERRAZ Convento: HAPVIDA

Data: 19/10/2015 Hora: 18:58  
 Posto: POSTO 1 - 1ANDAR - HE  
 Peso: 70.00 kg Leto: 103-HE/2

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

# HORÁRIOS

ETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

## VAIS VITAIS

## IDADES GERAIS

6/6h

Tratamento 2 Fases Vol. Total: 500 ml 14.00 gts/min Acesso Periférico

RO FISIOLÓGICO 0,9%

20 ml/Kcal/dia

500ml

1 FRAP (C/1GR)

6/6h

EV

2200 : 20/10-04:00

:

FEAZOLINA SODICA (1.0g)  
 73/1)

Agua Destilada

10 ml

1 FRAP (C/1GR)

6/6h

EV

2200 : 20/10-04:00

:

LEX (30.0mg)

30 mg

1 COMF (C/30MG)

8/8h

ORAL

2200 : 20/10-06:00

:

AMET (5.0mg/ml)

10 mg

2 ML (AMPL C/10MG)

8/8h

EV

2200 : 20/10-06:00

:

Agua Destilada

18 ml

2 ML (AMPL C/10MG)

8/8h

EV

2200 : 20/10-06:00

:

IPOTEN (25.0mg)

25 mg

1 COMF (C/25MG)

8/8h

ORAL

2200 : 20/10-06:00

:

se na diastolica > 110

PIRONA (500.0mg/ml)

2000 mg

4 ML (AMPL C/500MG)

6/6h

EV

2200 : 20/10-04:00

:

Agua Destilada

18 ml

4 ML (AMPL C/500MG)

6/6h

EV

2200 : 20/10-04:00

:

ADOL (1.0mg)

30 mg

(AMPL C/30MG)

8/8h

EV

2200 : 20/10-06:00

:

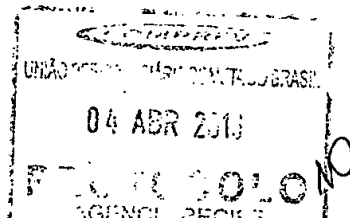
O para o SIND

ROFIX

Ass.

Jr. Ricardo Lucas,  
 Coordenador de Enfermagem  
 380.1112PE

Enfermeira  
 COREN/PE 380.519





Nome do paciente: Mariela Cruz  
Idade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Dias de internação: \_\_\_\_\_  
HD: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO		EXAME FÍSICO	
1. Nível de Consciência e Comportamento		8. Controles Vitais (Média do Período)	
2. Comunicação / Respostas		9. Drenos, Sondas, Catéteres e Ostomias	
3. Locomoção / Sono e Repouso		10. Membros / Sistema Vascular	
4. Tórax / Suporte Respiratório e Cardíaco		11. Pele / Evolução da Ferida	
5. Ingesta		12. Sinais e Sintomas Referidos	
6. Abdome / Sistema Respiratório		13. Exames e Procedimentos Realizados	
7. Eliminações		14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro	

[illegible]

04 ABR 2016  
Evolução de Enfermagem COD 147376  
PROTÓCOLO  
AGÊNCIA DEON



scrição: 0006213920 Atendimento: 10046630 Prontoatúrio: 2531058  
 ite: MARILENE GOMES FERRAZ Convenio: HAPVIDA

Data: 20/10/2015 Hora: 07:30  
 Posto: POSTO 1 - 1ANDAR - HE  
 Peso: 70.00 kg Leito: 103-HE/2

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

ETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

Indicação	2 Fases	Vol. Total:	500 ml	14.00 gts/ml	Acesso Periférico	10:00	:22:00	:
30 FISIOLÓGICO 0.9%	20 ml/Kcal/dia	500 ml						
FAZOLINA SODICA (1.0g 31/1)	1g	1 FRAP (C/IGR)	6/6h	EV	10:00	:16:00	:22:00	:21/10-04:00
Agua Destilada	10 ml							
IRADOL (1.0mg)	30 mg	(AMPL C/30MG)	8/8h	EV	14:00	:22:00	:21/10-06:00	:
IRONA (500.0mg/ml)	2000 mg	4ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	10:00	:16:00	:22:00	:21/10-04:00
Agua Destilada	18 ml							
AMET (5.0mg/ml)	10 mg	2ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	14:00	:22:00	:21/10-06:00	:
Agua Destilada	18 ml							
LEX (30.0mg)	30 mg	1 COMF (C/30MG)	8/8h	ORAL	14:00	:22:00	:21/10-06:00	:
POTEN (25.0mg)	25 mg	1 COMF (C/25MG)	8/8h	ORAL	06:00	:14:00	:22:00	:
se pa diastolica > 110 mm hg								
LAIS VITAIS			6/6h					
IDADOS GERAIS			6/6h					
para o SNO								
IOFIX	Ass.							

*Assinatura de Marlene Gomes Ferraz*

Marlene Gomes Ferraz  
 Enfermeira  
 COREN-PE 380.519





Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Dias de internação: \_\_\_\_\_  
HD: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO	EXAME FÍSICO
1. Nível de Consciência e Comportamento	8. Controles Vitais (Média do Período)
2. Comunicação / Respostas	9. Drenos, Sondas, Catêteres e Ostomias
3. Locomoção / Sono e Repouso	10. Membros / Sistema Vascular
4. Tórax / Suporte Respiratório e Cardíaco	11. Pele / Evolução da Ferida
5. Ingesta	12. Sinais e Sintomas Referidos
6. Abdome / Sistema Respiratório	13. Exames e Procedimentos Realizados
7. Eliminações	14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro

HORA	DATA	EVOLUÇÃO
	20/10	Pct. E.G.R. conciente, orientado, hidratado, hiperemico, medido, normotenso, normocorado, normopulsado, eupneico, febril, cooperativo, com vesículas no lado c/AVP + F.O. oclusiva. D.E. (-) Segue o plano.
		Alta Hospitalar

3. Evolução de Enfermagem COD 147376

04.12.2011





Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_  
 Nome: Marlene L. Elvaz  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO	COMORBIDADES	MEDICAMENTOS EM USO
<i>Verão Marçanta #</i>		

[illegible]

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO GERAL: *Bom*

NEURO: *N N N*

ACV: *N N N*

AR: *N N N*

ABDOME: *N N N*

EXTREMIDADES:

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:

CONDUTAS	PENDÊNCIAS
<p><i>entre 10/14</i></p> <p>Rinaldo Lucas            Virginia Lima            11.112</p>	<p><i>13/11/14</i></p> <p><i>11/11/14</i></p>

FORM 013 ASS MÉDICA EVOLUÇÃO MÉDICA REV 02

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM/CARIMBO

04 APR 2013

0-77-961-0







Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_  
Nome: Wander A. Frey

DIAGNÓSTICO	MEDICAMENTOS EM USO
<p><i>crase marginal</i></p>	

HORA	DATA	EVOLUÇÃO
	26-10-15	<p>1.º VBO</p> <p>Ata de 1.º VBO</p> <p>Ata de 1.º VBO</p> <p>Ata de 1.º VBO</p>

04 ABR 2.11

8

15





FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
8080585

!ss]("

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

01/10/2014 17:58:49

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
2531058	MARILENE GOMES FERRAZ	F	30/10/1954	59
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	32650353449		2-SOLTEIRO	
Endereço				
AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE-PE CEP:50060002				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
8774-3744		MARILENE GOMES FERRAZ		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
300460-RECEPCAO PRINCIPAL - HE			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
27/09/2014	07:22		
Médico Atendente			Clinica
104841 PAULO CEZAR VIDAL ALBUQUERQUE			5-ORTOPEDICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
104841 PAULO CEZAR VIDAL ALBUQUERQUE			0 INTERNACAO

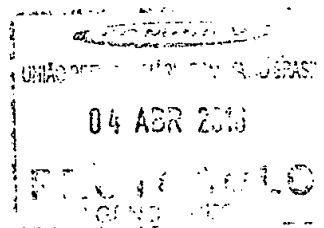
Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano
3002-HAPVIDA	PAQUETA CALCADOS S/A
	2-PLANO EMPRESA APARTAMENTO - COLETIVO
Carteira	Validade
16495000119012015	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
POSTO 1ANDAR - HE	ENF110 ENFERMARIA	01	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1264580	99996666	750588640	INTERNACAO
1264580	52130150	750588640	FRATURAS DO JOELHO - TRATAMENTO CIRURGICO
1264580	52200019	750767235	TRACAO TRANSEQUELETICA (POR MEMBRO)
1264580	30732026	752720384	ENXERTO OSSEO
1264580	32040083	132678295	PERNA (MEMBROS INFERIORES)
			HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA + LEUCOGRAMA + AVALIACAO





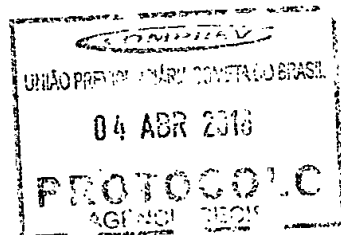
**Hospital do  
Espinheiro**  
Traumatologia,  
Ortopedia e Cirurgia


## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome: Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior  
Cirurgião: Paulo Cesar Vide 1º Auxiliar: Cláudio Junior  
2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador: \_\_\_\_\_  
Anestesista: \_\_\_\_\_ Anestesia: \_\_\_\_\_  
Data da Operação: 27/09/2014 Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_  
Anestésicos: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Pré-operatório: Fratura fechada do fêmur direito  
Operação: Redução e fixação com placa e parafusos  
Diagnóstico Pós-operatório: 1

### DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

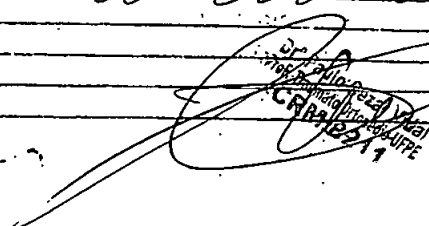
Seção de Ortopedia  
Redução e fixação com placa e parafusos do fêmur direito  
Realizada por Dr. Paulo Cesar Vide  
Assistido por Dr. Cláudio Junior  
Dr. Paulo Cesar Vide  
Prof. Traumatologia - UNICAMP  
CRM 8211

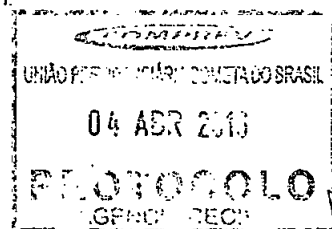


 <b>Hospital do Espinheiro</b> Traumatologia, Ortopedia e Cirurgia		<b>RELATÓRIO DE OPERAÇÃO</b>	
Nome: <u>Anderson Gomes Felix</u>			
Cirurgião: <u>João Luiz Aguiar</u>		1º Auxiliar: <u>Cherisea Faria</u>	
2º Auxiliar: _____		Instrumentador: _____	
Anestesista: _____		Anestesia: _____	
Data da Operação: <u>01/10/2014</u>		Início: _____ Fim: _____	
Anestésicos: _____			
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Fraqueza no ombro</u>			
Operação: <u>Redução cirúrgica e fixação</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório: _____			

### DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

Sob anestesia geral  
 paciente no  
 Grupo op. de PVT  
 posição decúbito  
 lateral da esquerda  
 Joelho flexionado  
 fixado c/ 2 pontos  
 de sustentação


 01/10/2014



4

25

PREC. RIV. MÉDICA - Aprazamento

Página 1

Emissão 27/09/2014 16:58:21

5

Ido: 0005367195 Atendimento: 8080585 Prontoatendimento: 2531058  
MARILENE GOMES FERRAZ Convento: HAPVIDA Data: 27/09/2014 Hora: 08:37  
Posto: POSTO 1ANDAR - HE Peso: 90.00 kg Leito: ENF110/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		3/3h	ORAL		
ET (5.0mg/ml)	10 mg	2 ML (AMP. C/10MG)	8/8h	EV	78:00 : 28/09-12:00
Agua Destilada	18 ml				
INE (40.0mg/ml)	40 mg	0.4 ML (SER. C/40MG)	24/24h	SC	06:00 :
ADOL (50.0mg/ml)	50 mg	1 ML (AMP. C/50MG)	8/8h	EV	23:00 : 28/09-06:00
Soro Fisiologico 0.9%	50 ml				
CNA (500.0mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMP. C/500MG)	6/6h	EV	18:00 : 28/09-06:00
Agua Destilada	18 ml				
RAZOL (40.0mg)	40 mg	1 FRAP (C/40MG)	24/24h	EV	06:00 :
Agua Destilada	18 ml				
FISIOLÓGICO 0.9% (0.0g/ml)	500 ml	(TUBO C/3GR)	12/12h	EV	18:00 : 28/09-06:00
3 VITAIS		6/6h			12:00 : 18:00 : 28/09-06:00 : 28/09-06:00
DOS GERAIS		6/6h			12:00 : 18:00 : 28/09-06:00 : 28/09-06:00
EX					
Ass.					

Dr. Paulo Cesar Vital  
Med. Intern. - R. 25.1.4  
C.R.M. 12404

Dr. Agostinho Reis  
Med. Intern. - R. 25.1.4  
C.R.M. 12404

00h  
PA=180x90  
P=63  
R=18  
+-36  
06h  
RA=115x60  
P=69  
R=18  
36  
Troop co leg do Luc HVG  
8/18  
23/83

04 ABR 2015

**Emissão** 28/09/2014 08:14:23

Nº Prescrição: 0005368066

**Atendimento: 8080585**

**Prontuário: 2531058**

**Data:** 28/09/2014

Hora: 07:28

**Paciente:** MARILENE GOMES FERRAZ

**Convenio: HAPVIDA**

**Posto: POSTO 1ANDAR - HE**

**Peso:** 90.00 kg      **Leito:** ENF110/1

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

## HORÁRIOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS			
1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/h	ORAL					
2. PLAMET (5.0mg/ml)	10 mg	2 ML (AMP L C/10MG)	8/h	EV	14:00	22:00	29/09-06:00
Água Destilada	18 ml						
3. CLEXANE (40.0mg/ml)	40 mg	0.4 ML (SERI C/40MG)	24/24h	SC	06:00		
4. TRAMADOL (50.0mg/ml)	50 mg	1 ML (AMP L C/50MG)	8/h	EV	14:00	22:00	29/09-06:00
Soro Fisiológico 0,9%	50 ml						
5. DIPIRONA (500.0mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMP L C/500MG)	6/h	EV	12:00	18:00	29/09-00:00 ; 29/09-06:00
Água Destilada	18 ml						
6. OMEPRAZOL (40.0mg)	40 mg	1 FRAP (C/40MG)	24/24h	EV	06:00		
Água Destilada	18 ml						
7. SORO FISIOLÓGICO 0,9% (0.0g/ml)	500 ml	(TUBO C/8GR)	12/12h	EV	12:00	29/09-00:00	
8. SINAIS VITAIS	6/h				12:00	18:00	29/09-00:00 ; 29/09-06:00
9. CUIDADOS GERAIS	6/h				12:00	18:00	29/09-00:00 ; 29/09-06:00

Reservado para o SMD

ENTEROFIX Ass.

Dr. Loeslin

05/108

~~Dr. Mario Cezar Vidan  
Prof. Farmacobiopédia-UFPE  
CRM.8211~~

04 APR 2010  
PHOTOCOLO  
AGENCY RECEIPT

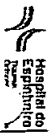
Postale Losaln  
Pharmacia  
OREN 235-703

RIP1531

**ROSANE CRISTINA LOSAIN SILVA**

28/09/2014 08:14

10.1.22.150



# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Página 1 de 2  
Emissão 28/09/2014 08:02:43

Nº Prescrição: 0005368845 Atendimento: 8080585 Pronto-atendimento: 2531058  
Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ Convenio: HAPVIDA  
Data: 28/09/2014 Hora: 07:08  
Posto: POSTO 1ANDAR - HE  
Peso: 90,00 kg Leito: ENF110/1

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL	
2. PLAMET (5,0mg/ml)	10 mg	2ML (AMPL C/10MG)	8/8h EV
Agua Destilada	18 ml		18:00 : 20:00 : 30/09-06:00
3. CLEXANE (40,0mg/ml)	40 mg	0,4ML (SERI C/40MG)	24/24h SC
			06:00 : 18:00 : 30/09-06:00
4. TRAMADOL (50,0mg/ml)	50 mg	1ML (AMPL C/50MG)	8/8h EV
Soro Fisiológico 0,9%	50 ml		18:00 : 20:00 : 30/09-06:00
5. OMEPRAZOL (40,0mg)	40 mg	1FRAP (C/40MG)	24/24h EV
Agua Destilada	18 ml		06:00 : 18:00 : 30/09-06:00
6. DIFIRONA (500,0mg/ml)	1000 mg	2ML (AMPL C/500MG)	6/6h EV
Agua Destilada	18 ml		12:00 : 18:00 : 30/09-06:00
7. SORO FISIOLÓGICO 0,9% (0,0g/ml)	500 ml	(TUBO C/96R)	12/12h EV
8. PUNCAO C/ JELCO	24/24h		12:00 : 18:00 : 30/09-06:00
9. SINAIS VITAIS	6/6h		12:00 : 18:00 : 30/09-06:00
10. CUIDADOS GERAIS	6/6h		12:00 : 18:00 : 30/09-06:00

Reservado para o SMD

ENTEROFIX Ass.

PA = 140 x 80  
T = 83  
R = 20

PA = 140 x 80  
T = 83  
R = 20

PA = 130 x 90  
T = 36  
R = 22

Posteriormente  
Entrevista  
COREN-3387

06:00  
PA = 120 x 80  
T = 36  
R = 22

Dr. Rui Eduardo  
Oftalmologista  
CRM 8290

PROTÓCOLO  
AGENCIAMENTO  
04 ABR 2015





# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 01/1

Page 1 of 1

Nº Prescrição: 5371954

Atendimento: 8080565

Prontuário: 2531058

Data: 01/10/2014

Hora: 0

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ

Convenio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1 ANDAR - HE

Peso: 90.00 kg

Letto: E

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

2. TRAMADOL (50.0mg/ml)

50 mg

1 ML

(AMPL C/50MG) 8/8h EV

OK OK

3. CLEXANE (40.0mg/ml)

40 mg

0.4 ML

(SERI C/40MG) 24/24h SC

OK OK

4. PLAMET (5.0mg/ml)

10 mg

2 ML

(AMPL C/10MG) 8/8h EV

OK OK

5. OMEPRAZOL (40.0mg)

40 mg

1 FRAP

(C/40MG) 24/24h EV

OK OK

6. DIPIRONA (500.0mg/ml)

1000 mg

2 ML

(AMPL C/500MG) 6/6h EV

OK OK

7. SORO GLICOSADO 5% (50.0mg/ml)

500 ml

(C/50MG)

24/24h EV

OK OK

8. SORO FISIOLÓGICO 0,9% (0.0g/ml)

500 ml

(TUBO C/9GR)

12/12h EV

OK OK

9. PUNCAO C/ JELCO

24/24h

6/6h

6/6h

6/6h

11. CUIDADOS GERAIS

6/6h

6/6h

6/6h

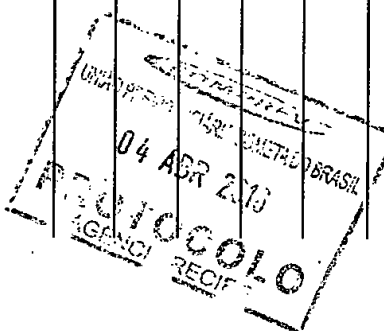
6/6h

Dr. Rui Eduardo  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 8290

Marlene M. Silva  
Enfermeira  
CRM 35518

2x:00  
Rx - 130x40  
p = 36c  
p = 70  
Rx - 38

06:00  
Rx - 130x40  
p = 36c  
p =  
Rx -



# RECETARIO MEDICA - Aprazamento

Página 1 de 2

Nº Prescrição: 0005371954      Atendimento: 8080585      Pronto-socorro: 2531058      Emissão: 01/10/2014 07:56  
 Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ      Convento: HAPVIDA      Data: 01/10/2014      Hora: 06:26  
 Posto: POSTO 1 ANDAR - HE      Peso: 90,00 kg      Leito: ENF110/1

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

3/3h ORAL

## HORÁRIOS

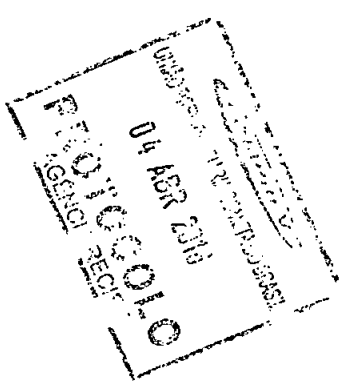
1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	14:00	22:00	02/10-06:00
2. PLAMET (5.0mg/ml)	Agua Destilada	18 ml					
3. CLEXANE (40.0mg/ml)	40 mg	0.4 ML (SERI C/40MG)	24/24h	SC	06:00		
4. TRAMADOL (50.0mg/ml)	50 mg	1 ML (AMPL C/50MG)	8/8h	EV	14:00	22:00	02/10-06:00
5. OMEPRAZOL (40.0mg)	40 mg	1 FRAP (C/40MG)	24/24h	EV	06:00		
6. DIPIRONA (500.0mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	12:00	18:00	02/10-00:00 ; 02/10-06:00
7. SORO FISIOLÓGICO 0,9% (0.0g/ml)	500 ml	(TUBO C/3GR)	12/12h	EV	09:00	21:00	
8. PUNCAO C/ JELCO			24/24h				
9. SINAIS VITAIS			6/6h				
10. CUIDADOS GERAIS			6/6h				
ENTEROFIX							

PA = 100 x 130  
 P = 84  
 T = 36.2

PA

T-  
 P-  
 R-

Dr. Paulo Cesar Vidal  
 R. 12, 82111-000  
 Fone: 82111-0000



Posto 1 Andar  
 Cordeiro

RP1531      KATIA CIBELLIA MARTINS DE OLIVEIRA 01/10/2014 07:56      10.1.22.139



# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ

Prontuário: 2531058

Data: 02/10/2014

Hora: 07:34

Atendimento: 5080585

Convenio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1 ANDAR - HE

Peso: 90,00 kg

Leito: ENF110/1

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

1. DIETAGERAL ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

2. TRANXADOL (50.0mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

50 mg

1 ML (AMP. C/50MG)

8/8h

EV

14:00

18:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

3. CLEXANE (40.0mg/ml)

40 mg

0,4 ML (SER. C/40MG)

24/24h

SC

06:00

14:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

4. PLAMET (5.0mg/ml)

10 mg

2 ML (AMP. C/10MG)

8/8h

EV

14:00

22:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

5. OMEPRAZOL (40.0mg)

40 mg

1 FRAP (C/40MG)

24/24h

EV

06:00

18:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

6. DIPIRONA (500.0mg/ml)

1000 mg

2 ML (AMP. C/500MG)

6/6h

EV

13:00

18:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

7. SORO GLICOSADO 5% (50.0mg/ml)

500 ml

(C/50MG)

24/24h

EV

10:00

10:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

8. SORO FISIOLÓGICO 0,9% (0.0g/ml)

500 ml

(TUBO C/8GR)

12/12h

EV

10:00

10:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

9. PUNÇÃO C/ JEICO

24/24h

6/6h

6/6h

EV

12:00

12:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

10. SINAIS VITAIS

24/24h

6/6h

6/6h

EV

12:00

12:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

11. CUIDADOS GERAIS

24/24h

6/6h

6/6h

EV

12:00

12:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

03/10-06:00

ENTEROFIX

Ass.

Dr. Paulo Cesar Vidal  
Prof. Traumatismo Ortopédico UFFPE

04 ABR 2010  
FARMACIA DE USO INTERNO

PA=12  
T=3  
FC=4  
CE=14

# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Pão: 0005374775 Atendimento: 8080585 Pronto: 2531058 Data: 03/10/2014 Hora: 06:47  
MARILENE GOMES FERRAZ Convenio: HAPVIDA Posto: POSTO 1ANDAR - HE Peso: 90.00 kg Leito: ENF110/1

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

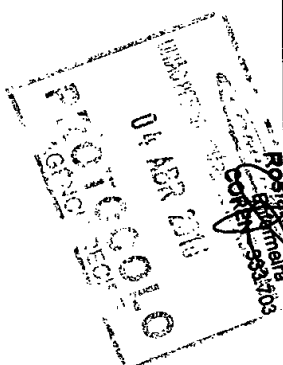
## HORÁRIOS

GERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

ADOL (50.0mg/ml)	50 mg	1ML (AMPL C/50MG)	8/8h	EV	14:00	: 22:00	: 04/10-06:00	:
Soro Fisiológico 0,9%	50 ml							
ANE (40.0mg/ml)	40 mg	0.4ML (SERI C/40MG)	24/24h	SC	06:00	:		
ET (5.0mg/ml)	10 mg	2ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	14:00	: 22:00	: 04/10-06:00	:
Agua Destilada	18 ml							
RAZOL (40.0mg)	40 mg	1FRAP (C/40MG)	24/24h	EV	06:00	:		
Agua Destilada	18 ml							
ONA (500.0mg/ml)	1000 mg	2ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	12:00	: 18:00	: 04/10-00:00	: 04/10-06:00
Agua Destilada	18 ml							
GLICOSADO 5% (50.0mg/ml)	500 ml	(C/50MG)	24/24h	EV	10:00	:		
FISIOLÓGICO 0,9% (0.0g/ml)	500 ml	(TUBO C/9GR)	12/12h	EV	12:00	: 04/10-00:00	:	
AO C/JELCO	24/24h				10:00	:		
S VITAIS	6/6h				12:00	: 18:00	: 04/10-00:00	: 04/10-06:00
IDOS GERAIS	6/6h				12:00	: 18:00	: 04/10-00:00	: 04/10-06:00

R.O. SIND  
IX  
Ass.

Dr. Rui Eduardo  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 8230



12



# Hospital do Espinheiro

Traumatologia,  
Ortopedia e Cirurgia

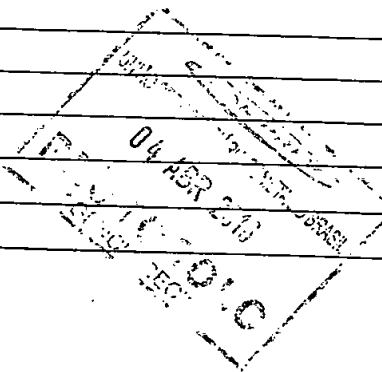
NOME: Maurício Lourenço Freire N° REGISTRO

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

DATA Nota sobre a evolução da moléstia, complicações, consultas, mudanças de diagnósticos, condições ao ser dada a alta, instruções ao Paciente.

27/09/2014 Curto e/ Hestun que  
rio joelho e  
Costa em punhado no  
local.  
Gluteo, fustado com fratura

Dr. Paulo Cesar Viana  
Prof. Traumatologia-UFPE  
CRM-8271



27

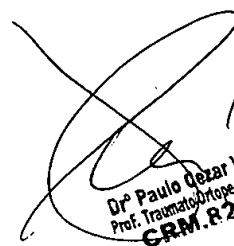


13

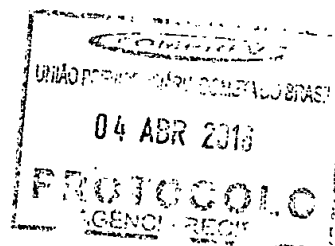
**LAUDO MÉDICO**

Manoel e Genes

Frustrou o primeiro  
Atendimento  
Fruit. Curioso

 16/04/2016  
Dr. Paulo César Vidal  
Prof. Traumatologia-UFPE  
CRM. 8211



**Rua do Espinheiro, 222 - Espinheiro - Recife - PE**  
**Tel: 2138-2950**



28

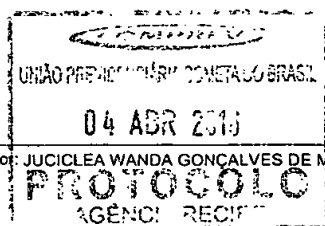


14

 <b>FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL</b>			
<b>Paciente:</b> MARILENE GOMES FERRAZ		<b>Idade:</b> 59	
<b>Médico:</b> CARLOS FREDERICO BOULITREAU		<b>Data:</b> 26/09/14 19:33	
<b>Convenio:</b> HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		<b>Atendimento</b>	<b>8080086</b>
		<b>Prontuario</b>	<b>2531058</b>
<b>ANAMNESE</b>			
Dor Em Ombro Esq Apos Trauma Direto No Mesmo. Rx Da Upa Com Fx De Plato Tibial Rx Do Ombro Esq Sem Fraturas E Rx Do Joelho Esq Com Fratura De Plato Tibial Solicito Internamento Para Tratamento Cirurgico			
<b>Exames Fisico</b>			
<b>Peso(Kg):</b>		<b>Temperatura(°C):</b>	
<b>Exames Solicitados</b>			
32030070- Articulacao Escapulo-Ume    32040067- Joelho: A.P. - Lateral    32030070- Articulacao Escapulo-Ume 28040481- Hemograma Completo Con 28040732- Tempo De Protrombina    28010973- Glicose (Sanque) 28011279- Sodio (Sanque)    28011210- Potassio (Sanque)			
<b>Evolução Médica</b>			
<b>Paciente Em Observacao</b>			
<b>Prescrição Médica N° 5366858</b>			
1- TALA JOELHEIRA		:RM-17054	
2- TALA COXOPODALICA		:RM-17054	
3- PROFENID IV (100.0mg)	100mg	1FRAP 100 ml	Agora EV :RM-17054
Soro Fisiologico 0,9%			
4- DIPIRONA (500.0mg/ml)	1000mg	2ML 18 ml	Agora EV :RM-17054
Agua Destilada			
5- TRAMAL (50.0mg/ml)	100mg	2ML 100 ml	Agora EV :RM-17054
Soro Fisiologico 0,9%			
6.			

JUCICLEA WANDA GONÇALVES DE MOI 20/10/2014 08:41

10.1.22.96



Carimbo / Assinatura profissional

CARLOS FREDERICO BOULITREAU

Médico(a)

CRM-17054

Impresso por: JUCICLEA WANDA GONÇALVES DE MOURA

Em: 20/10/2014 08:41

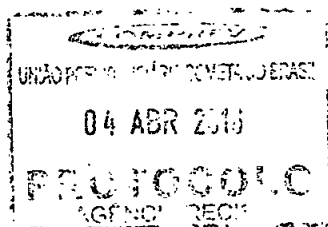


201

15

DIPIRONA (500.0mg/ml)	1000mg	2 ML	Agora	EV	RM-17054
7- SORO FISIOLÓGICO 0,9% (0.0g/ml)	125ml		Agora	EV	RM-17054

R3001



Carimbo / Assinatura profissional

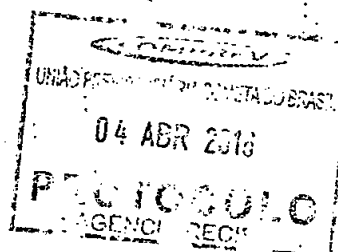
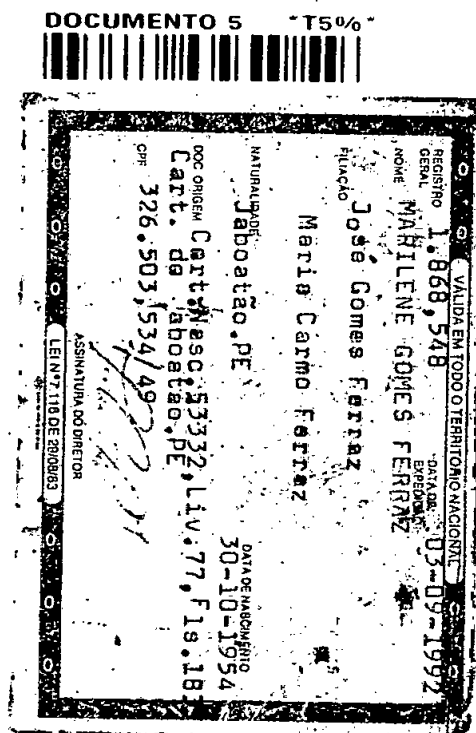
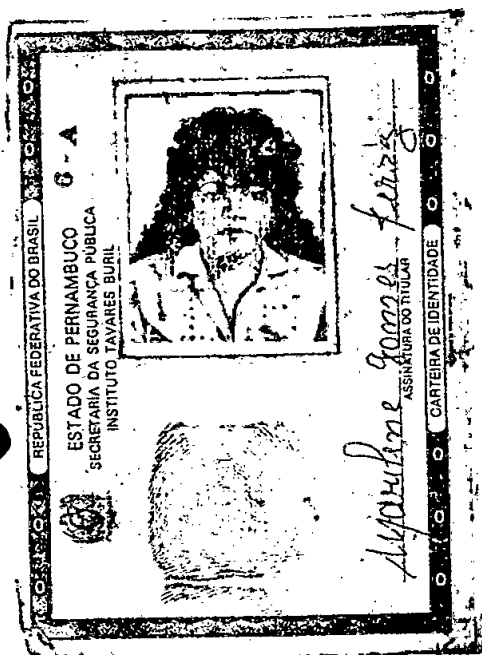
CARLOS FREDERICO BOULITREAU  
Médico(a)  
CRM-17054

Impresso por: JUCICLEA WANDA GONÇALVES DE MOURA

Em: 20/10/2014 08:41







## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0839977/16  
Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ  
CPF: 326.503.534-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/09/2014  
Titular do CPF: MARILENE GOMES FERRAZ

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros



**MARILENE GOMES FERRAZ : 326.503.534-49**

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.

#### Portador da documentação entregue

Data: 05/04/2016  
Nome: MARILENE GOMES FERRAZ  
CPF/CNPJ: 326.503.534-49

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 05/04/2016  
Nome: Manuella Trindade Pessoa de Araujo  
CPF: 064.485.714-50

MARILENE GOMES FERRAZ

Manuella Trindade Pessoa de Araujo



32

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

Número: 3160273072

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ

Data do acidente: 26/09/2014

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 21/07/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM TIBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

Observações:

### 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

### PRESTADOR

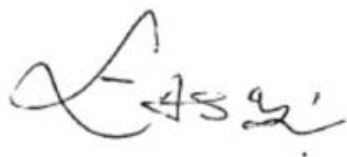
Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

Número: 3160273072

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ

Data do acidente: 26/09/2014

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de plato tibial esquerdo.  
Contusão no ombro esquerdo com rotura de tendão.

**Descrição do exame médico pericial:** Limitação importante da adm do ombro sobretudo a abdução com limitação apos os 30 graus, hipotrofia do m. deltoide em grau importante com redução importante de força no membro a elevação lateral, força global da mão preservada. Limitação da adm do joelho esquerdo com desvio em varo associado a hipotrofia muscular e redução da força a extensão da perna em grau moderado. Marcha claudicante.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico para fratura de plato tibial e no primeiro momento conservador para contusão do ombro esquerdo, sendo posteriormente submetida a tratamento cirúrgico. Fez fisioterapia.

**Sequelas permanentes:** Limitação Funcional Grave do Membro superior esquerdo.  
Limitação Funcional Moderada do Membro inferior esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/07/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Victor Ramires Reynaux Borba

**CRM do médico:** 021266

**UF do CRM do médico:** PE

### 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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			87,5 %	R\$ 11.812,50



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

**CRM do médico:** 21102

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

