



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
59207 577	13/03/2020 10:32	<u>2699806_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23^a 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320254600000058225957>
Número do documento: 20031310320254600000058225957

Num. 59207577 - Pág. 1

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 REALIAÇÃO 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.

Vejamos a jurisprudência:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO. EXTINÇÃO DO PROCESSO COM RESOLUÇÃO DO MÉRITO. PRESCRIÇÃO ÂNUA. 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 AUTORAL - 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 invalidez¹.

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 lídima 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, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

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

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

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

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

¹STJ, 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 OCORRIDAS ANTES DO INÍCIO DE QUALQUER EXAME PERICIAL - IMPOSSIBILIDADE DA PREScriÇÃO FICAR DEPENDENTE DE AÇÃO POTESTATIVA DA VÍTIMA - VONTADE DE SE SUBMETER 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, CPC².

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 pleiteada 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 exerceeria 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.

²"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. 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 geral³.

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 vítima⁴.

Friza-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 médico 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;

[...]

³RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁴Súmula 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 citação⁵.

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 ação⁶

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 Sumula 474 do STJ.

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

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

⁶art. 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 covênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de março de 2020.

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320254600000058225957>
Número do documento: 20031310320254600000058225957

Num. 59207577 - Pág. 9

QUESITOS DA RÉ

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320254600000058225957>
Número do documento: 20031310320254600000058225957

Num. 59207577 - Pág. 10

SUSTABELECIMENTO

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; **JOSELAINA 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 nº 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 CONSÓRCIOS 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

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:02
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320254600000058225957>
Número do documento: 20031310320254600000058225957

Num. 59207577 - Pág. 11



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
59207 580	13/03/2020 10:32	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Mariene 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 Boa Vista</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>recifecampina@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 30/10/14

Assinatura do Declarante: Mariene Gomes Ferraz



+ équipes

www.wmwm.com.br

+ १४५

da de Vila Jerecete ou por sua Cargada a F
cada em 1974, para amparar as vi
em todo o território nacional, não in
Como se vê, tratava-se de um segredo
entrenamento social.

Seguro DPVAT - Proteção para todos



Securadora

LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

1102 03 03 03 03 03

SAC DPVAT 0800 022 12 04
Entre em contato conosco
www.seguradoralider.com.br

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320290700000058225960>
Número do documento: 20031310320290700000058225960

Num. 59207580 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11785319

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro/Aviso Sinistro Lider: 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, 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, 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 COMIPREV 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: 32660353449

Data do Atendimento: 22/02/2016

Documentação médica - hospital



RECEITA

USO EXTERNO

01) FITOSCAR POMADA

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

LEONARDO SANTA CRUZ NUNES
CRM-PE 13983
Data: 22/02/2016



R3000N LEONARDO SANTA CRUZ NUNES

22/02/2016 12:06

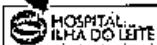
192.85.4.34



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320290700000058225960>
Número do documento: 20031310320290700000058225960

Num. 59207580 - Pág. 4

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 Observação

Prescrição Médica Nº 6437459

1- PARACETAMOL (750.00mg)	750 mg	1 COMP Agora ORAL	CRM-13645
2- PRÓFENID IM (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML Agora IM	CRM-13645

R3001

DANILO DE SOUZA BRANDAO

14/08/2017 15:21

10.1.22.96

UNICO PRESCRITOR/USO EXCLUSIVO DO PACIENTE

03 OUT 2017

Carimbo / Assinatura profissional

ALDO LEITE MOREIRA NETO
Médico(a)
CRM-13645

07

Impresso por: DANILO DE SOUZA BRANDAO

Em: 14/08/2017 15:21



IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR
Nome Completo: LÉONARDO SANTA CRUZ NUNES
CRM: 13983
UF: PE
R DO ESPINHEIRO 222 ESPINHEIRO 52020020 Tel.

1ª Via referência da Farmácia ou Drogaria
2ª Via orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR
Nome Completo: LEONARDO SANTA CRUZ NUNES
CRM: 13983
UF: PE
R DO ESPINHEIRO 222 ESPINHEIRO 52020020 Tel.

1ª Via referência da Farmácia ou Drogaria
2ª Via orientação ao Paciente

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR
Nome Completo: MARILENE GOMES FERRAZ
CRM: 32650353449
UF: PE
R DO ESPINHEIRO 222 ESPINHEIRO 52020020 Tel.

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR
Nome Completo: MARILENE GOMES FERRAZ
CRM: 32650353449
UF: PE
R DO ESPINHEIRO 222 ESPINHEIRO 52020020 Tel.
Endereço: AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE PE 50060002 Tel. 8774-3744
CPF: 32650353449
Nº Carteira Convênio: 1645560113012023

Prescrição: USO ORAL

01) TRAMAL 50MG

02 CAXAS

TOMAR 01 COMP 09/08 HORAS
PDR 05 DIAS

63 OUT 2017

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUIDOR
Nome: 01) TRAMAL 50MG
Orgão Emissor: 02 CAXAS

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUIDOR
Nome: 01) TRAMAL 50MG
Orgão Emissor: 02 CAXAS

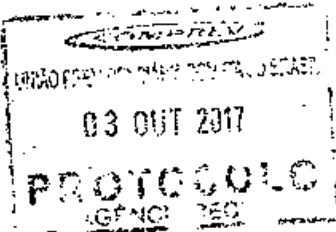
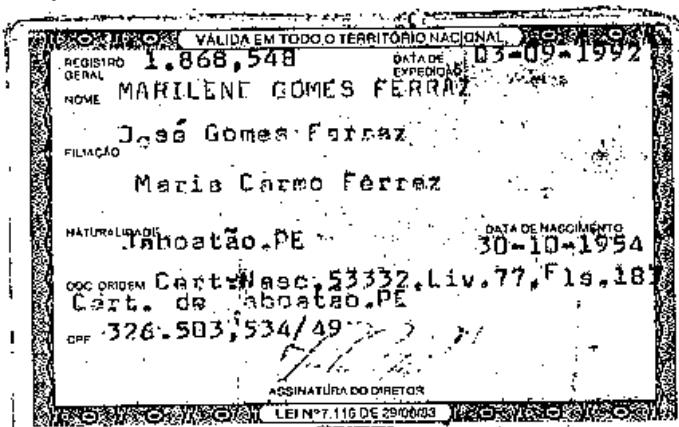
IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUIDOR
Nome: 01) TRAMAL 50MG
Orgão Emissor: 02 CAXAS

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUIDOR
Nome: 01) TRAMAL 50MG
Orgão Emissor: 02 CAXAS

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUIDOR
Nome: 01) TRAMAL 50MG
Orgão Emissor: 02 CAXAS

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUIDOR
Nome: 01) TRAMAL 50MG
Orgão Emissor: 02 CAXAS

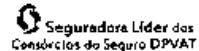
Documentos de Identificação



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320290700000058225960
Número do documento: 20031310320290700000058225960

Num. 59207580 - Pág. 8

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

MARILENE GOMES FERRAZ

JOAO 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.dpvtseguro.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: 411.852.524-45

JOAO 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 lâceros-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 laceró-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 SÓMENTE 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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela): _____

Região Corporal (Sequela): _____

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela): _____

Região Corporal (Sequela): _____

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

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

% 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.

Ana Barros Falcao
Dr. Ana Maria Barros Falcao
CRM: 226.999/PE/72
CRM: 8978-PE

Ana Maria Barros Falcao - CRM: 8978 - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320290700000058225960>

Número do documento: 20031310320290700000058225960

Num. 59207580 - Pág. 12



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11785319

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

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

Vitima: 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, 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, 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 inicio 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





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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta n°: 11848902

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170540036 ASL-0385024/17
Vitima: 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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2017

Carta nº: 11958000

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3170540036 ASL-0385024/17
Vitima: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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 ato no recebimento da indenização no banco.

EU, MARILENE GOMES FERRAZ,

POR PORTADOR(A) DO RG Nº 1.868.548 EXPEDIDO POR SSP-PE EM 03/09/92 E
CPF 3265035394-49 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO RECUSA-SE
E RENDA MENSAL DE R\$ RECUA-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 não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos apareceram 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 POUPLANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Ixéticas 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.receitafazenda.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 POUPLANÇA (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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

03 OUT 2017

PROTOCOLO

Ribeirão Preto, 03 de outubro de 2017 Mariene Gomes ferraz
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

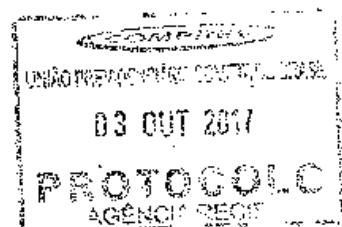
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de Invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

11



CALIXAS ELETRÔNICOS SANTANDER
SALDO DE CONTA-CORRENTE

22/03/2016 15:06:16 - DATA/CONTABIL: 22/03/2016
LOCAL: 033-4916 - RECIFE-RUA
TRANSAÇÃO: 8660048 TERMINAL: 0000172
MARIENE GOMES FERRAZ
BANCO: 033 AGENCIA: 4807 CONTA: 01-002676-7



12



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320290700000058225960>
Número do documento: 20031310320290700000058225960

Num. 59207580 - Pág. 18

Boletim de ocorrência



03 OUT 2017

PNC/PE/COLC

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 N°. 16E0094000556

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 SILVA (OUTRO)
FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA (VITIMA)
MARILENE GOMES FERRAZ (VITIMA)
MARTA GHOMES BARBOSA SILVA (VITIMA)
SHOFIA FERRAZ BARBOSA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

VEÍCULO: (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:
Matrícula/Mae: JANDIRA LUCAS Pat: MATHEUS RICARDO DRYGALA Data de Nascimento:
16/01/1989 Naturalidade: SÃO PAULO / SÃO PAULO / BRASIL Documentos: 6394838/SSP/PE
(RG), 13888218847 (CPF), 81018888888 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º.
GRAU COMPLETO Profissão: EMPRESARIO Telefones Celulares:
- 9823718674

Endereço Residencial: **RUA ESTEVAO DE SA, 388, APTO 888 - BLOCO 4 - CEP: 58000-000 -**
Bairro: **VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARILENE GOMES FERRAZ (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mae: MARIA
CARMO FERRAZ Pat: JOSE GOMES FERRAZ Data de Nascimento: 26/10/1984 Naturalidade:
JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1368848/SSP/PE

24/02/2016 11:40

01



(RG): 32858265449 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO
Profissão: PENSIONISTA Telefones Celulares:
- 987743744

Endereço Residencial: RUA DA OLARIA, 210, CASA E - CEP: - Bairro: -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

03 OUT 2017

MARTA GOMES BARBOSA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mae:
MARILENE GOMES FERRAZ Pai: JOSE BARBOSA SILVA Data de Nascimento: 30/01/1971
Naturalidade: JABOTACAO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
4423988/SSP/PE (RG), 34261945434 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU
COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares:
- 988947848

Endereço Residencial: RUA BURITIZAL, 190 - CEP: 56000-000 - Bairro: TORRÕES -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

SHOFIA FERRAZ BARBOSA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mae: ALARRUBIA GOMES BARBOSA SILVA Pai: FERNANDO RICARDO LUCAS
DRYGALA Data de Nascimento: 16/10/2014 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA ESTEVAO DE SA, 390 - CEP: 56000-000 - 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: AUTOMOVEL/GM/PRISMA Objeto apreendido: N/A
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCR4997 (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: 185471164 Chassi: 9B0K36909FG27882
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2016 Combustível: ALCO/GASOL

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

Placa: PEH4338 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9362PKFWXCB999748
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2012



Complemento / Observação

A VITIMA FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA, CONDUTOR DO VEICULO 1, SEGUIA
PELA RUA DO ESPINHEIRO, E QUE NO CRUZAMENTO COM A RUA 42, 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 VITIMAS ACIMA RELACIONADAS, QUE SE
ENCONTRAVA EM SUJA COMPANHIA NO VEICULO 1. SEGUNDO O QUEIXOSO, O
MESMO DESMAIOU E TODAS AS VITIMAS 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. PEDER PROVIDÊNCIAS.

24/02/2016 11:40

02



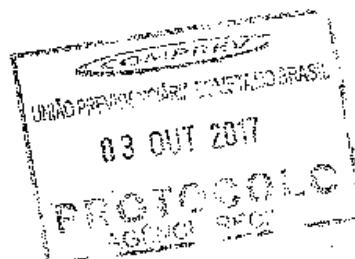
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA
FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA
(VITIMA)

Marielene Gomes Ferraz
MARILENE GOMES FERRAZ
(VITIMA)

Marta Gomes Barbosa Silva
MARTA GOMES BARBOSA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **WELLINGTON GILENO DE NOVAES** - Matrícula: 221147-6



24/02/2016 11:40

03



Declaração de Inexistência do 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;

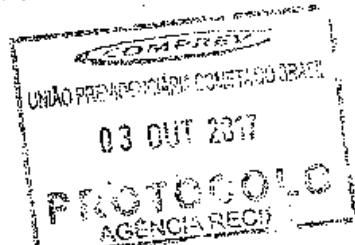
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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, MARILONE 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:

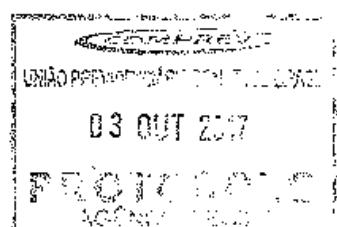
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA SUISTIMA</u>
Número	<u>190</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>TORRÕES</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>50640-560</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: RECIFE-PE, 03 OUTUBRO 2017

Assinatura do Declarante

Marielone Gomes ferraz.



13



	033-7	03399.49281 36981.708005 27295.801024 2 0000000000000000	
Agência Beneficiária Agência Beneficiária no Banco Santander		Vencimento 01/04/2017	Número do Cartão 6916 XXXX XXXX 0846
Número da Conta Banco Santander Brasil 5 A - CNPJ: 90.400.888/0001-42		Agência/Cod. Beneficiário 030-04 9286 9	Mesmo Número B170800272950
Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep: 04543-011		Data Processo 21/03/2017	Total dessa Fatura R\$ 19,00
Expediente	Número do Documento 4007659993948255	Espede FT-CI	Pagamento Minimo R\$ 19,00
CEP/UF	CEP	Quantidade	Valor Pago R\$ 19,00
CEP/UF	CEP	Valor	Valor do documento
INFORMAR O VALOR A SER PAGO NO CAMPO «VALOR DO DOCUMENTO». FATURAS PAGAS APÓS O VENCIMENTO TERÃO ACRESCIMO E ENCARGOS, CALCULADOS A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO E INCLUÍDOS NA SUA PRÓXIMA FATURA MENSAL APÓS 21/04/2017, PAGAR SOMENTE NAS AGÉNCIAS DO SANTANDER			
RECIBO DO CLIENTE			
Autenticação no verso			

**PRENDER O VALOR A SER PAGO NO CAMPANHA -VALOR DO DOCUMENTO-
FAUTOS PAGOS APÓS O VENCIMENTO TERÃO ACRESCIMOS E ENCARGOS, CALCULADOS A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO
E INCORRIDOS, NA SUA PRÓPRIA FAZURA MENSAL, APÓS 20 DIAS DE VENCIMENTO, BAGAR SOMENTE AS AGÉNCIAS DO SANTANDER.**



MARILENE GOMES FERRAI
R BURITIZAL 190
CASA TORROES
59640-560 RECIFE PE

Pagador
Autenticação Móvel

Hilfsliteratur des Deutschen Reiches

SPANISH INTERNATIONAL

REDE DE AGENCIAS SANTANDER
RECIBO DE
SAQUE COM CARTÃO CNH-CONTAS PRESENTE

06/06/2017 11:35:52 DATA CONTABIL: 06/06/2017
LOCAL: 033-3116 - RECIFE-PE
TRANSPARÊNCIA

MARILENE GOMES FERRAZ
BANCO: 033 AGENCIA: 4007

83 OUT 2743

03 097 200

卷之三

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

058225960





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
59207 581	13/03/2020 10:32	<u>ANEXO 2</u>	Outros (Documento)

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, 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, 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 inicio 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





Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2016

Carta n°: 9106914

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3160273072 ASL-0839977/16
Vitima: 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

Pag. 01591/01592 - carta_03



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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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 FERREIRA, PORTADOR(A) DO RG Nº 1.868.598 SSP-PE, EXPEDIDO POR SSP-PE, EM 05/09/1992 E CPF 00000000000 /CNPJ 00000000000-000, PROFISSÃO desempenhadora E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARILENE GOMES FERREIRA. 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 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 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), 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 *T1%*

Recife, 23 de Março de 2016
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.dpvtsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

23



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

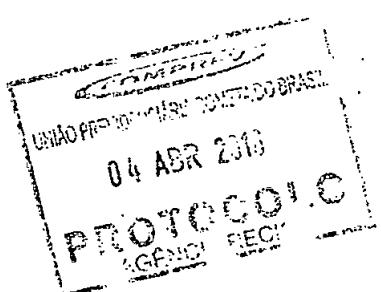
SANTANDER MASTER
TAXA DE JUROS 14,95%AM

SALDOS DE POUPANCA
POUPANCA SALDO
4007-60-014712-0 1.410,35

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

CREDITO PESSOAL SANTANDER. DINHEIRO RAPIDO SEM
BUREOCRACIA E ATÉ 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.



3X



DOCUMENTO 1 *T1%*



RUB

SC JURUSC REFERÊNCIA SAI

05-07-2016
08 JUL 2016



SALDOS DE CONTA

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

2



**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
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 força no membro a elevacao lateral, força global da mao preservada. Limitacao da adm do joelho esquerdo com desvio em varo associado a hipotrofia muscular e reducao da força 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 força 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 força no membro a elevacao lateral, força global da mao preservada. Limitacao da adm do joelho esquerdo com desvio em varo associado a hipotrofia muscular e reducao da força 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

() "Sem sequela permanente"

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- 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.

Victor Borba

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

Dr. Victor Borba
CREMPE 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°. 14EO104007015

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

ATROPELAMENTO COM VITIMA NAO FATAL - Chiloso (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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA
Intendente Chálio Gomes de Matos, 53 - Centro - CEP 50010-310 - Recife - PE - Fone: (81) 3119-9720 - Declaro, sob a responsabilidade da minha assinatura, que a cópia autêntica constante desse Ofício de Notas é idêntica ao original, em todos os aspectos.

Cópia autênticada conforme original: **Sua fé.**
Recife-PE 17/03/2016 08:46:08. Em testemunha da verdade.
End: 2,79 TSNR: 0,62 TOTAL: 3,72
SELO: 0077248.ZJL02201601.41595

Rejane Estevão Cipriano **EDUARDO HENRIQUE DE PINHEIRO**
Escrevente Autorizada **Escrevente autorizado**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**MARILENE GOMES FERRAZ (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão: 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 JABOTATÔO -PE. ACABOU O ATROPELANDO, VINDO A MESMA A SER



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

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

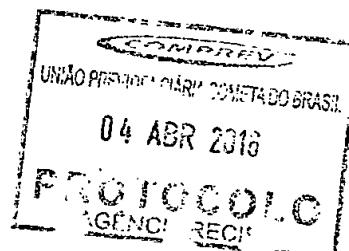
Marielene Gomes Ferraz
MARIENE GOMES FERRAZ
(VITIMA)

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 Moraes, 53 - Centro - CEP 50010-310 - Recife - PE - Fone: (81) 3111-2973 - e-mail: cartorioroma@bol.com.br

Cópia autenticada conforme original: com fé.
Recife-PE 17/03/2016 08:46:08. Em testemunha da verdade.
Enol:2,79 TSNR:0,62 TOTAL3,72
SELO:0077249.LFH02201601.41594

EDUARDO HENRIQUE LIMA PINHEIRO
Rejane Estevão Cipriano Escrivão de Peça do 6º Ofício de Notas de Recife - PE
Assinante autorizado



08/12/2014 08:58



DOCUMENTO 3 "T3%"



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maurilene Gomes Ferraz, portador da carteira de identidade nº 1.868.548 SEP-PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 326.503.534-49, residente e domiciliado na Rua da Olaria 210, sala B, Torreos, 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

Não estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

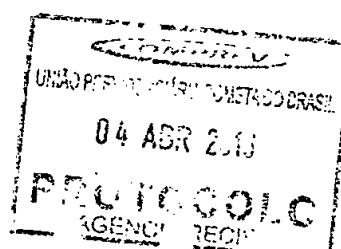
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

Xepilene Gomes ferraz.
Local e data





POD 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

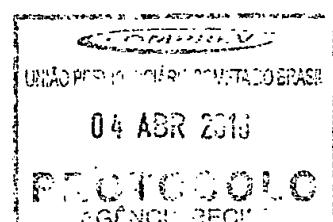
Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **MARILENE GOMES FERRAZ**, portadora de Documento de Identidade RG nº **1868548** SSP/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **326.503.534-49**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência nº **1072219**, que no dia 26 de setembro de 2014, foi atendida pelo 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 *T2%



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



3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320326400000058225961>
Número do documento: 20031310320326400000058225961

Num. 59207581 - Pág. 12



POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.

DOCUMENTO 1 *T1%



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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 JUL 2016

PROJETO VIVO

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

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

Para Exemplar: Chalko Gomes de Mattos, 53 - Centro - CEP 50010-310 - Recife - PE - Fone: (81) 3424-1900 - e-mail: ccm@correio.com.br

Cópia autênticada conforme original - ou feita - 17/03/2016 08:46:08. Em testemunha da verdade.

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

Enol: 2,79 TSNR: 0,62 TOTAL 3,72

SELO: 0077248-KRZ02201601-41591

EDUARDO HENRIQUE CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Rejane Estevão Cipriano
Escrevente

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320326400000058225961
Número do documento: 20031310320326400000058225961



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320326400000058225961>
Número do documento: 20031310320326400000058225961

Num. 59207581 - Pág. 14

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARILENE GOMES FERRAZ,

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 "T2%"



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua da Olaria</u>
Número	<u>210</u>
Apto / Complemento	<u>CASA-B</u>
Bairro	<u>Torres</u>
Cidade	<u>RECIF</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 maio de 2016

Assinatura do Declarante: Marilene Gomes Ferraz

04 AGO 2016

25

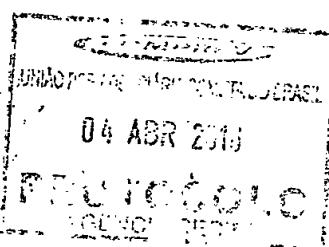


	033-7	03399.49281 36981.601903 25381.501029 1 0000000000000000				
Agência Recebedora Pagável preferencialmente no banco Santander					Vencimento	01/02/2016
Beneficiário Banco Santander (Brasil) S.A - CNPJ 90 400 888/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011					Agência/Cód. Beneficiário	050 04 92836 9
Data Documento 19/01/2016	Número do Documento 4007669993948255	Espécie FT-CI	Acerte N	Data Process 19/01/2016	Nosso Número	8160190253815
Uso Banco CENTRAL	Carteira COB	Espécie RS	Quantidade	Valor	Valor do documento	4007669993948255
Instruções: PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO <VALOR DO DOCUMENTO> FATURAS PAGAS APOS O VENCIMENTO TERAO 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.						
<p>MARILENE GOMES FERRAZ R DA OLARIA 210 CS B TORROES 50640-160 RECIFE PE</p>					CTC RECIFE PE PLI	 7208288526272561174000618130210116
					Pagador	
					Autenticação Mecânica	
					Ficha de Compensação	

Este pagamento pode cancelar o cancelamento do cartão.

Importante: Lembrar-se de que se você for nesse
correntista e caso o pagamento da sua fatura não ocorre

Dica: Pagamentos avulsos podem妨碍 a reduzir
o que precisaria ser feito.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320326400000058225961>
Número do documento: 20031310320326400000058225961

Num. 59207581 - Pág. 16



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Nome: MARILENE GOMES FERRAZ
Dt. Nasc.: 30/10/54 - 59 ano (s)
Mãe: MARIA CARMO FERRAZ
Endereço: R DEZESSEIS DE OUTUBRO, nº 1, TORRÕES. RECIFE - PE
Data/hora: 26/09/2014 - 16:45

Nº registro: 392679
Sexo: Feminino
Fone:
Nº pág.: 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: ORTOPEDIA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

- QUEIXA
- PCTE TRAZIDO PELO SAMU, REFERE DOR EM MME APOS TRAUMA. PCTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HA 30 MIN.

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

NEGA DME ALERGIA MEDICAMENTOSA.,

FLUXOGRAMA
- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR
- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?
- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS
- DOR 5
DOR 5

ENCAMINHAMENTOS
- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

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.

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 ?>?

S400 - CONTUSÃO DO OMBRO E DO BRAÇO|

Esta conta dever ser paga com recursos públicos.

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

b.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320326400000058225961>
Número do documento: 20031310320326400000058225961

Num. 59207581 - Pág. 17



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



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

Nº registro: 392679
Sexo: Feminino
Fone:
Nº 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 RAIO-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 CONDIÇOES 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 Abdias de Carvalhos, 53 - Centro - CEP 50110-310 - Recife - PE - Fone (81) 3120-0000 - e-mail: cartorioroma@recife.pe.br

Cópia autenticada conforme original. Eu, fé.

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

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

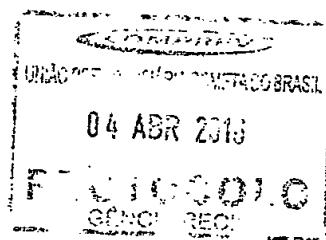
SELO:0077248.ESB02201601.41632

Estevão Cipriano GUARDO HENRIQUE JUNIOR

vente Autorizado

Assinado e autenticado no site em www.jpe.jus.br

Este documento é digitalizado e assinado com recursos públicos.



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320326400000058225961
Número do documento: 20031310320326400000058225961

Num. 59207581 - Pág. 18



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**

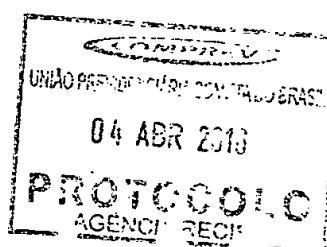
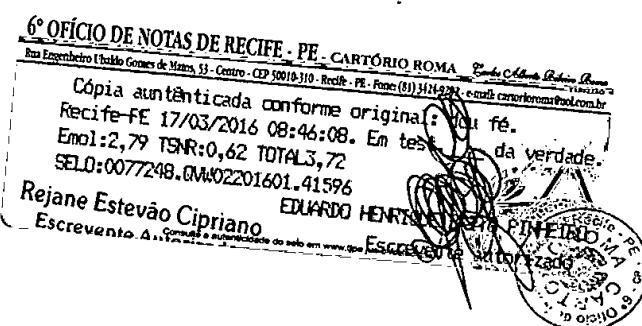
Resultados de Exames:

RAIO-X APRESENTA FRATURA DO CANAL TIBIAL ESQUERDO.

Evolução do paciente:

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

Dr. ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO
CRM: 9225



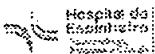
Esta conta dever ser paga com recursos publicos.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320326400000058225961>
Número do documento: 20031310320326400000058225961

Num. 59207581 - Pág. 19



**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

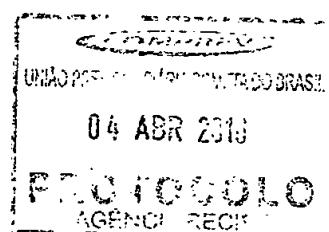
Setor	300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE		
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
19/10/2015	14:41		
Médico Atendente	Clinica		
1373625 RINALDO ROCHA LUCENA	5-ORTOPEDICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
1373625 RINALDO ROCHA LUCENA	0 INTERNACAO		
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano PAQUETA CALCADOS S/A		
3002-HAPVIDA	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	ACROMIPLASTIA



R4310RI - BRUNA DANIELLY ALVES MACEDO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320326400000058225961>
 Número do documento: 20031310320326400000058225961

Num. 59207581 - Pág. 20

BOLETIM DE CIRURGIA

Nº Leito: Mariene G. Ferrey Atendimento: _____ Data: ____ / ____ / ____
 Nome: _____ Idade: _____ Sexo: M F
 Diagnóstico Clínico: _____ Diagnóstico Cirúrgico: _____

CIRURGIA PROPOSTA	PROCEDIMENTO REALIZADO
<u>tto. lesão Mangreta abdominal</u>	<u>tto. lesão Mangreta abdominal</u>
TIPO DE ANESTESIA	MATERIAL ESPECIAL LIBERADO
<u>Bloqueio</u>	

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO			
LIMPA	CONTAMINADA	POTENCIALMENTE CONTAMINADA	INFECTADA

INÍCIO: _____ hs TÉRMINO: _____ hs

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1- Acessoria + onto na pele e apertando tampo
2- Alvo Mangreta para fechar ferida
3- Periodontal esteriliza ferida de Mangreta
4- Ferida Mangreta é fechada com aperto
5- Sutura com catgut
6- Curativo

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	
Especificar: <u>Instrumento cirúrgico - Andressa Beltrão</u>	

Rinaldo Lopes Cordeiro Lucena

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"/> Anatomia Patológica <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"/> Anatomia Patológica <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Congelação Resultado: _____ Especificar: _____

Boletim de Cirurgia COD.74420

04 ABR 2010

Foto Col. Dr. G. P. Cordeiro



Emissão 19/10/2015 20:11:16

scrição: 0006213537 Atendimento: 10046630 Prontuário: 2531058 Data: 19/10/2015
 Ité: MARILENE GOMES FERRAZ Convenio: HAPVIDA Hora: 18:58
 Peso: 70,00 kg Posto: POSTO 1 - IANDAR - HE Letto: 103-HE/2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

HORÁRIOS

VALS VITAIS									
IDADOS GERAIS									
Iratação	2 Fases	Vol. Total:	500 ml	14.00 gts/min Acesso Periférico					
RO FISIOLOGICO 0,9% nosa	20	ml/Kcal/dia	500ml	/					
IFAZOLINA SODICA (1,0g) 173/1)	1g	1FRAP (C1GR)	/	6/6h EV	/	2200	;20/10-04:00	;	
Agua Desilitada	10 ml								
'LEX (30,0mg)	30 mg	1COMF (C30MG)	8/8h	ORAL	/	2200	;20/10-06:00	;	
AMET (5,0mg/ml)	10 mg	2ML (AMPL C10MG) 18 ml	8/8h	EV	/	2200	;20/10-06:00	;	
XPOTEN (25,0mg)	25 mg	1COMF (C25MG)	8/8h	ORAL	/	20/10-06:00	;		
PIRONA (500,0mg/ml)	4ML (AMPL C500MG) 18 ml	mm hg							
Agua Desilitada	2000mg	(AMPL C500MG)	6/6h	EV	/	2200	;20/10-04:00	;	
RADOL (1,0mg)	30 mg	(AMPL C30MG)	8/8h	EV	/	2200	;20/10-06:00	;	

O para o SINDROFIXAss.

*J. R. F. Lopes
Cirurgião-Dentista
CRM-SP 111226*

*Enfermeira
CORESP
PE 380519*



04 ABR 2016

OLÓ
REGISTRO



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

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome do paciente: Maria da Conceição
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 |

04 AGO 2016
Evolução de Enfermagem COD 147376

ANSWER

PUBLIC POLICE
AGENCY DEPT.

1



scrição: 0006213920 Atendimento: 10046630 Prontuário: 2531058 Emissão: 2010/2015
Ité: MARILENE GOMES FERRAZ Convenio: HAPVIDA Data: 2010/2015
Peso: 70,00 kg Posto: POSTO 1 - ANDAR - HE Hora: 07:30
Letto: 103-HE/2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

HORÁRIOS

Interação	2 Fases	Vol. Total:	500 ml	14.00 gts/ml\nAcesso Perifílico	10:00	:22:00	:
20 FISIOLOGICO 0,9%	20	ml/Kcal/dia	500ml				
IFAZOLINA SODICA (1,0g) 51/1)	Agua Destilada	1g	1 FRAP (C/1GR)	6/6h	EV	10:00	;16:00 ;22:00 ;21/10-04:00 ;
IRADOL (1,0mg)		30mg	(AMPL C/30MG)	8/8h	EV	14:00	;22:00 ;21/10-06:00 ;
JIRONA (500,0mg/ml)	Aqua Destilada	2000mg	4ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	10:00	;16:00 ;22:00 ;21/10-04:00 ;
AMET (5,0mg/ml)	Aqua Destilada	10mg	2ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	14:00	;22:00 ;21/10-06:00 ;
LEX (30,0mg)		30mg	1COMF (C30MG)	8/8h	ORAL	14:00	;22:00 ;21/10-06:00 ;
POTEN (25,0mg)		25mg	1COMF (C25MG)	8/8h	ORAL	06:00	;14:00 ;22:00 ;
			se pa diastolica > 110 mm hg				
IAMS VITAS		6/6h					
DADOS GERAIS		6/6h					
DATA O. SIND.							
TOFIX							

Marlene Maria de Oliveira
COREN-PE 180.513

Centro de Alta Complexidade





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

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

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, 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

Evaluación de Esferomasom COD 142326

de Enfermagem COD 14

6





Hospital do
Espinheiro

Espírito Santo
Traumatologia,
Ortopedia e Cirurgia

EVOLUÇÃO MÉDICA

Unidade: Leito Atendimento: _____
Nome: Martim da Cunha
Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____ DIH: _____

DIAGNÓSTICO	COMORBIDADES	MEDICAMENTOS EM USO
<i>leria Mariana</i>		

EVOLUÇÃO

EXAME FÍSICO
EXAME FÍSICO GERAL: <i>Bam</i>
NEURO: <i>N N N</i>
ACV: <i>N N N</i>
AR: <i>N N N</i>
ABDOMÉ: <i>N N N</i>
EXTREMIDADES:
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:

CONDUTAS	PENDÊNCIAS
<i>Antes de 10/11/14</i>	

~~ASSINATURA DO MÉDICO - CRM/CARIMBO~~

FORM 013 - ÁSS MEDÍCA EVOLUÇÃO MÉDICA REV 02

1992-1993-0202

04 APR 2001

17-11-2003. A





Hospital do
Espinheiro
Traumatologia,
Ortopedia e Cirurgia

EVOLUÇÃO MÉDICA

Unidade: Unidade P. Fazenda Leito: _____ Atendimento: _____
Nome: Unidade P. Fazenda

DIAGNÓSTICO	MEDICAMENTOS EM USO
<i>Levamisola</i>	

2281

04 APR 2011

GENY

8





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

DADOS DO ATENDIMENTO

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

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

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

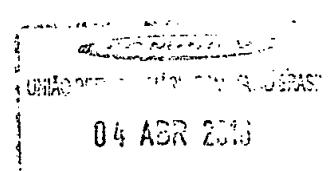
DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto POSTO 1 ANDAR - HE	Acomodação ENF110 ENFERMARIA	Leito 01
------------------------------------	--	--------------------

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1264580	99996666	750588640	INTERNACAO
1264580	52130160	750588640	FRATURAS DO JOELHO - TRATAMENTO CIRURGICO *
1264580	52200019	750767235	TRACAO TRANSSESQUELETICA (POR MEMBRO)
1264580	30732026	752720384	ENXERTO OSSEO *
1264580	32040083	132678295	PERNA (MEMBROS INFERIORES)
			HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA + LEUCOGRAMA + AVALIACAO)

NF OK

04 ABR 2016



16





Hospital do
Espinheiro

Traumatologia,
Ortopedia e Cirurgia

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

2

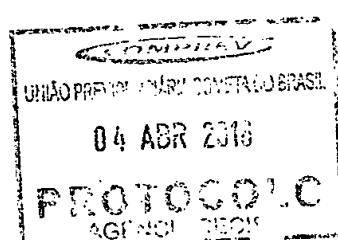
Nome:	Assunção de Souza Ferreira		
Cirurgião:	Paulo Cezar Vilela	1º Auxiliar:	Cláudia Ferreira
2º Auxiliar:			
Anestesista:			
Data da Operação:	27/01/2016	Início:	Fim:
Anestésicos:			
Diagnóstico Pré-operatório:	Fratura Penílito tibial		
Operação:	Molusso de Cervo + Trigo +		
Diagnóstico Pós-Operatório:	Fractura tibial		

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

Leto operado ferreira
Molusso de Cervo 9 fev. 2016

Kinderus

Dr. Paulo Cezar Vilela
Prof Traumatologista
CRM: 8211





**Hospital do
Espinheiro**

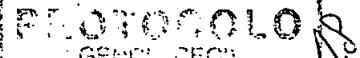
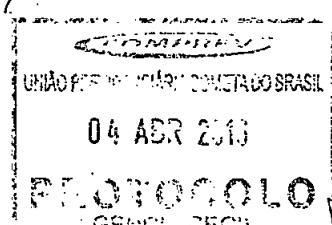
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome: Augusto Góes Félix
Clínica: Fábio Cognim 1º Andar
2º Auxiliar:
Instrumentador:
Anestesista:
Data da Operação: 06/10/04 Início: _____ Fim: _____
Anestésicos:
Diagnóstico Pré-operatório: Fistula pele x
Operação: Reduz clivagem de fistula
Diagnóstico Pós-Operatório:

DESCRICAÇÃO OPERATÓRIA

SDP MASTERY Report
program v1.0
Chirp op. of 8171
A series of 4
follow the same
to 1000000
of time of 2 fractions
translators

07/10/2019





PRESURIS MÉDICA - Aprazamento

Pagina

Emissão 28/09/2014 08:14:28

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	Lelto:	ENF10/1

~~postpaid losain
postpaid
P.M. 236-700
OPEN~~

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320326400000058225961>
Número do documento: 20031310320326400000058225961

Num. 59207581 - Pág. 32

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 2
Emissão 29/09/2014 08:02:43

Nº Prescrição: 0005368845 Atendimento: 8080585 Prontuário: 2531058
 Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ Convenio: HAPVIDA
 Data: 29/09/2014 Posto: POSTO 1 ANDAR - HE Hora: 07:08
 Peso: 90,00 kg Leito: ENF104

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

2. PLAMET (5,0mg/ml) Agua Destilada 10 mg 2ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV ~~14:00 : 27/00 ; 30/09-06:00~~

3. CLEXANE (40,0mg/ml) 40 mg 0,4ML (SERI C/40MG) 24/24h SC 06:00 ;

4. TRAMADOL (50,0mg/ml) Soro Fisiológico 0,9% 50 mg 1ML (AMPL C/50MG) 8/8h EV ~~14:00 : 27/00 ; 30/09-06:00~~

5. OMEPRAZOL (40,0mg) Agua Destilada 40 mg 2ML (AMPL C/50MG) 6/6h EV 06:00 ;

6. DIPIRONA (500,0mg/ml) Agua Destilada 1000 mg 18 ml (TUBO C/8GR) 12/12h EV ~~12:00 : 18/00 ; 30/09-06:00~~

7. SORO FISIOLOGICO 0,9% (0,0g/ml) 500ml

8. PUNCAO CJ JELCO 24/24h 12:00 ;
 9. SINAIS VITais 6/6h ~~12:00 : 18/00 ; 30/09-06:00~~
 10. CUIDADOS GERAIS 6/6h ~~12:00 : 18/00 ; 30/09-00:00~~ ; ~~30/09-06:00~~ ;

Reservado para o SAU

ENTEROFIX

ABE.

$\frac{PA = 140 \times 80}{T = 35,9^{\circ}C}$
 $P = 83$
 $R = 20$

$\frac{PA = 140 \times 80}{T = 35,7^{\circ}C}$
 $P = 80$
 $R = 20$

$\frac{PA = 130 \times 90}{T = 36^{\circ}C}$
 CORRER -33,63
 06:00

$\frac{PA = 120 \times 80}{T = 36^{\circ}C}$
 $P = 76$
 $R = 20$

04 ABR 2014

PROTÓCOLO
AGENCIA REGULADORA



Hospital do
Traumatologista
Especializado em Ortopedia e Cirurgia

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 01/1

Nº Prescrição: 5371954 Atendimento: 8080585 Prontuário: 2531058 Data: 01/10/2014
Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ Convenio: HAPVIDA Posto: POSTO 1ANDAR - HE
Peso: 90,00 kg Leito: E

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

2. TRAMADOL (50,0mg/ml)	50 mg	1ML (AMPL C/50MG)	8/8h	EV	<i>X</i>	<i>OK</i>
3. CLEXANE (40,0mg/ml)	40 mg	0,4 ML (SERI C/40MG)	24/24h	SC	<i>OK</i>	<i>OK</i>
4. PLAMET (5,0mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	<i>X</i>	<i>OK</i>
5. OMEPRAZOL (40,0mg)	40 mg	1FRAP (C/40MG)	24/24h	EV	<i>X</i>	<i>OK</i>
6. DIPIRONA (500,0mg/ml)	Agua Destilada	18 ml				
7. SORO GLICOSADO 5% (50,0mg/ml)	Agua Destilada	1000 mg 18 ml	(AMPL C/500MG)	6/6h	EV	<i>X</i>
8. SORO FISIOLOGICO 0,9% (0,9g/ml)	500 ml	(C/500MG)	24/24h	EV	<i>X</i>	<i>OK</i>
9. PUNCAO C/ JELCO						
10. SINAIS VITAS						
11. CUIDADOS GERAIS						

2x:00

*Dr. Rui Eduardo
Ortopedista Traumatologista
CRM 8290*

2x:00
*R = 130x70
T = 30°C*

R = 70

R = 18

*Mariene M. Silva
Enfermeira
CRM 100000*

06:00
*R = 130x70
T = 36°C*

R = 70

R = 18



ESTUDOS MÉDICOS - Aprazamento

Pàgina 1 de 2

Nº Prescrição: 0005371954 Atendimento: 808005855

Paciente: MARILÉNE GOMES FERRAZ

卷之三

PRESCRIÇÃO M

IDADE

3/31 DKA

HORARIOS

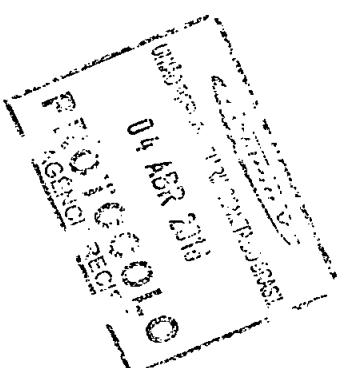
Data: 01/10/2014 **Hora:** 06:26

m. 59207581 - Pág. 36

RP1531

KATIA CIBELIA MARTINS DE MEIRELES

10.1.22.13



~~Postfris~~ ~~Correspondentie~~ ~~Postbus 333-70~~ Losain



PREScrição MÉDICA - Aprazamento

Emissão 02/10/2014 09:05:16 Página 1 de 2

Prescrição: 3005373501 Atendente: 3080585

Promotor: 2531058 Convenio: HAPVIDA

Data: 02/10/2014

Posto: POSTO 1ANDAR - HE

Peso: 90,00 kg

Hora: 07:34

Lote: ENF10/1

PREScriÇÃO MÉDICA

1. DIETÁ GERAL ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

HORÁRIOS

1. TRAMADOL (50,0mg/ml)	50 mg	1ML (1ML C/50MG)	8/8h EV	14:00 : 22:00 ; 03/10-06:00 ;	PA: 16 R: 18
2. Soro Fisiológico 0,9%	50 ml				R: 84
3. CLEXANE (40,00mg/ml)	40 mg	0,4 ML (SERIC/40MG)	24/24h SC	06:00 ;	
4. PLAMET (5,0mg/ml)	10mg	2ML (AMPL/C10MG)	24/24h SC	14:00 ; 22:00 ; 03/10-06:00 ;	
5. OMEPRAZOL (40,0mg)	40mg	1FRAP (C/40MG)	24/24h EV	06:00	PA: 15 R: 34
6. DIPRORONA (500,0mg/ml)	1000mg	2ML (AMPL/C1500MG)	6/6h EV	12:00 (18:00) ; 03/10-06:00 ; 03/10-06:00 ;	
7. SORO GLICOSADO 5% (50,0mg/ml)	500ml	(C/50MG)	24/24h EV	10:00 ;	PA: 8 R: 19
8. SORO FISIOLOGICO 0,9% (0,9g/ml)	500ml	(TUBO C/8GR)	12/12h EV	10:00 ; 22:00 ;	24:
9. PUNCÃO C/ JELCO		24/24h			PA: 3
10. SINAIS VITais		6/6h		12:00 ; 18:00 ; 03/10-00:00 ; 03/10-06:00 ; 03/10-06:00 ; 03/10-06:00 ;	
11. CUIDADOS GERAIS		6/6h		12:00 ; 18:00 ; 03/10-00:00 ; 03/10-06:00 ; 03/10-06:00 ; 03/10-06:00 ;	
Reservado para o SIND					
ENTEROFIX	A.S.				

*Marlene Gomes Ferraz
04 ABR 2013*

*Yves Cordeiro de Mello Junior
04 ABR 2013*

*Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior
04 ABR 2013*

*Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior
04 ABR 2013*



१६५

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 2

11

26

Emissão 03/10/2014 08:28:12

卷之三

卷之三

Hann. 06. 17

ção: 0005374775 **Atendimento:** 8080585
MARILENE GOMES FERRAZ

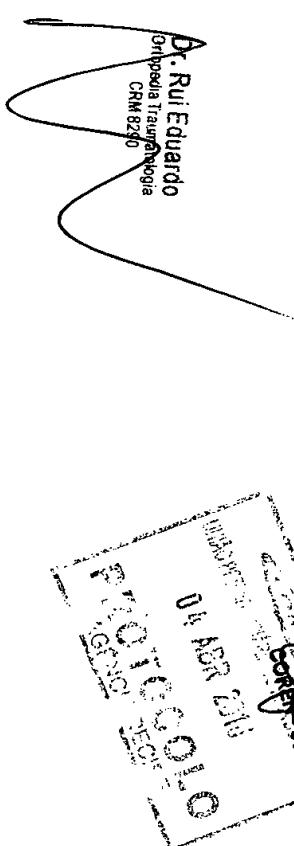
Prontuário: 2531058
Convenio: HAPVID

Data: 03/10/2014 **Posto:** POSTO 1ANDAR - HE **Hora:** 06:47

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

D.
Dr. Rui Eduardo
Ortopedia Traumatologia
CRM 8290

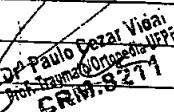
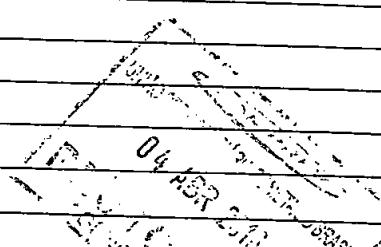
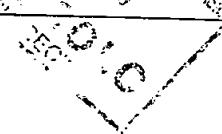


J2



Hospital do Espinheiro

Traumatologia,
Ortopedia e Cirurgia

NOME:		Mauricio Coimbra Freire	Nº 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	<p>Parto e/ Hostem que não juntou e estava seu bento no local. Sinto) suspeito que possa</p>		
 Dr. Paulo Cesar Vieira Prof. Traumato/Ortopedista JPE CRM-S-271			
			
			



J3

LAUDO MÉDICO

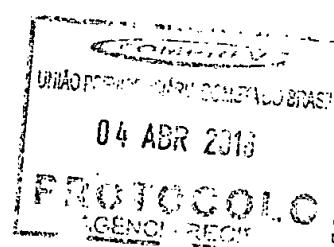
Manoel e Gomes

Fabricio Pimentel
Aihuel (Joelma)

Out. amarr

~~Dr. Paulo Cordeiro de Melo~~
Dr. Paulo Cordeiro de Melo
Prof. Traumatologista-UPE
CRM-RJ 8211

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



28



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320326400000058225961>
Número do documento: 20031310320326400000058225961

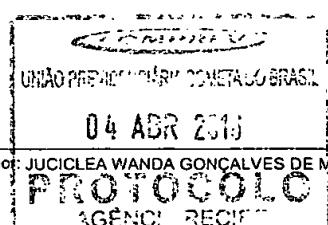
Num. 59207581 - Pág. 40

J4

FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL					
	Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ	Idade: 59			
	Médico: CARLOS FREDERICO BOULITREAU	Data: 26/09/14 19:33	Atendimento	8080086	
	Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA		Prontuario	2531058	
ANAMNESE					
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					
Exames Fisico					
Peso(Kg):	Temperatura(°C):				
Exames Solicitados					
32030070- Articulacao Escapulo-Ume 28040481- Hemograma Completo Con 28011279- Sodio (Sangue)	32040067- Joelho: A.P. - Lateral 28040732- Tempo De Protrombina 28011210- Potassio (Sangue)	32030070- Articulacao Escapulo-Ume 28010973- Glicose (Sangue)			
Evolução Médica					
Paciente Em Observacao					
Prescrição Médica N° 5366858					
1- TALA JOELHEIRA	CRM-17054				
2- TALA COXOPODALICA	CRM-17054				
3- PROFENID IV (100.0mg) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	1 FRAP	Agora	EV	CRM-17054
	100 ml				
4- DIPIRONA (500.0mg/ml) Agua Destilada	1000mg	2ML	Agora	EV	CRM-17054
	18 ml				
5- TRAMAL (50.0mg/ml) Soro Fisiologico 0,9%	100mg	2ML	Agora	EV	CRM-17054
	100 ml				
6-					

JUCICLEA WANDA GONCALVES DE MOURA 20/10/2014 08:41

10.1.22.96



Carimbo / Assinatura profissional

CARLOS FREDERICO BOULITREAU
Médico(a)
CRM-17054

Impresso por: JUCICLEA WANDA GONCALVES DE MOURA

Em: 20/10/2014 08:41

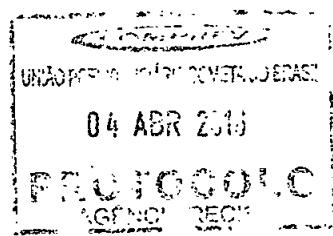


201

15

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

R3001



Carimbo / Assinatura profissional

CARLOS FREDERICO BOULITREAU

Médico(a)

CRM-17054

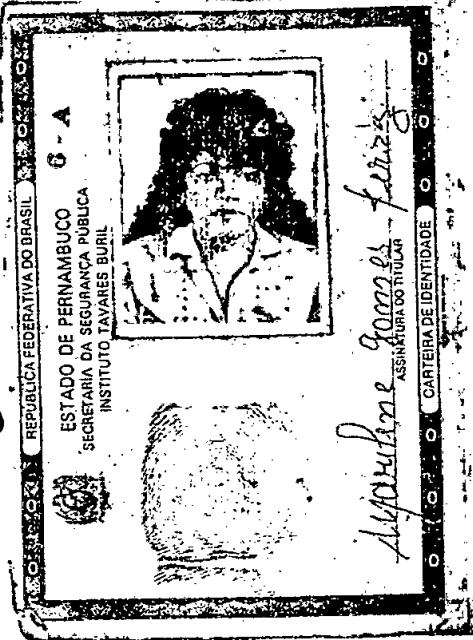
Impresso por: JUCICLEA WANDA GONÇALVES DE MOURA

Em: 20/10/2014 08:41



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:32:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310320326400000058225961>
Número do documento: 20031310320326400000058225961

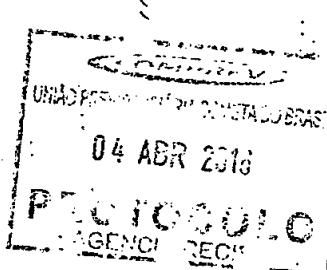
Num. 59207581 - Pág. 42



DOCUMENTO 5

T50%

REGISTRO GERAL	1.0868.548	VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL
DATA DE EMISSÃO	03-09-1992	DATA DE EXPIRAÇÃO
NOME	MARILENE GOMES FERRAZ	ENDERECO
PAÍS	Brasil	UF
SEXO	Feminino	CEP
PROFISSÃO	Fluxo	BAIRRO
ASSINATURA DO TITULAR	José Gomes Ferraz	
ASSINATURA DO DIRETOR	Mário Carmo Ferraz	
NATURAL DE Jaboatão-PE		
DOC. ORIGEM Cartão Nacional de Cidadão - CNH		
Cart. da Jaboatão-PE, Lív.77, Fls.18		
GRR 326.503.534-492		
DATA DE NASCIMENTO 30-10-1954		
LEINN 118 DE 000083		



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 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. deltoides 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 sequelas

Data da perícia: 23/07/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 021266

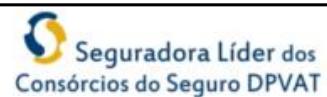
UF do CRM do médico: PE

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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Marcus Vinicius Carvalho Freire".

