

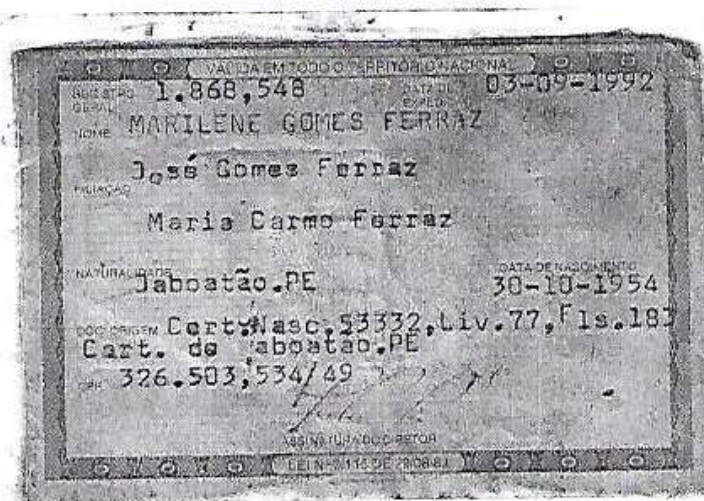
RUTH RODRIGUES COSTA

OAB/PE 36.837

QUESITOS – PERÍCIA TÉCNICA

01. Qual o tipo de lesão sofrida pelo(a) autor(a), em decorrência do acidente de trânsito, mencionado na presente ação? Que membro(s) foi(ram) lesionado(s)?
02. As lesões sofridas pelo(a) autor(a) são compatíveis com os laudos médicos e/ou radiografias apresentados à perícia?
03. Descreva a definição de invalidez permanente de membro ou órgão em caráter definitivo.
04. Há possibilidade de cura ou recuperação significativa na lesão sofrida pelo(a) autor(a)?
05. Havendo sequelas, qual(is) o(s) tratamento(s) recomendado(s) para corrigi-la(s) ou atenuá-la(s)?
06. Há algum outro ponto que o Sr.(a). Perito(a) reputa relevante sobre o exame pericial realizado?







ADVOCACIA
Ruth Costa - OAB/PE 36.837

Procuração e Contrato

OUTORGANTE: MARILENE GOMES FERREIRA

Estado Civil: _____, Profissão _____

RG: 1.868.547, CPF 326.503.531-49, Endereço Recife

Imunizadora nº 121, Casa A, Tamariz, Recife/PE CEP 50640-430

OUTORGADA: Ruth Rodrigues Costa, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 36.837 e Maria Eliza Bezerra da Costa Revoredo, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 37.017, ambas estabelecidas na Rua Visconde de Parnaíba, nº 215, San Martin, CEP: 50.761-050 Recife/PE.

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "Ad Judicia", conferindo, portanto, poderes para **RENUNCIAR** aos valores que excederem o teto máximo do Juizado, obrigando-se a contratada desta forma, a defender os direitos judiciais e extrajudiciais do Outorgante e Contratante.

CONTRATO: Quanto ao pagamento dos honorários, estão as partes de acordo para o pagamento de honorários contratuais à base de **30%** dos valores pecuniários recebidos em caso de êxito.

Parágrafo 3 – Os valores dos honorários deverão ser pagos à Outorgada/Contratada, Ruth Rodrigues Costa, CPF: 091.023.687-90 e desde já, o Outorgante/Contratante **Autoriza a RETENÇÃO** dos honorários advocatícios por ocasião do pagamento judicial ou administrativo

Recife,

de

de

Marilene Gomes Ferreira





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Comprovação de ato declaratório



Certidão nº 2017APH000867 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). MARILENE GOMES FERRAZ, 63 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 1868548 SSP PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 326.503.534-49, residente à RUA GEN MANOEL RABELO, nº 1600, AP 102 BL 1, ENGENHO VELHO, JABOATAO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/02/2016, por volta das 01:30 hs, no endereço: RUA DO ESPINHEIRO, 6653, ESPINHEIRO RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMOVEL CHEV/PRISMA 1.0MT LT PRATA PCR4087-PE; AUTOMOVEL PEUGEOT/207SW XR CINZA PEH4336-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) MARILENE GOMES FERRAZ, inscrito sob o CPF nº 326.503.534-49 e Registro Geral nº 1868548, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707067-5 DEYVID. Foi transportado(a) para o HOSPITAL ILHA DO LEITE. Registrado(a) com o prontuário nº 10612383. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 26/06/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH000867

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



04





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, MARILENE GOMES FERRAZ

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

CPF 326503334-99 / CNPJ 000000000-00000000-00, PROFISSÃO Recusa-se

E RENDA MENSAL DE R\$ Recusa-se (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARILENE GOMES FERRAZ, AUTORIZO A SEGURADORA 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) 01002676-7

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

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

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

03 OUT 2017

PROTOCOLADO

RECIFE-PE, 03 de OUTUBRO de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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



Assinado eletronicamente por: RUTH RODRIGUES COSTA - 05/11/2019 15:51:44

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110515514492100000052608729>

Número do documento: 19110515514492100000052608729

Num. 53463845 - Pág. 1

ASL-0385024/17
mastercac.2879
01/11/2019 13:23:06

ASL-0385024/17
mastercac.2879
01/11/2019 13:23:06

ASL-0385024/17
mastercac.2879
01/11/2019 13:23:06

ASL-0385024/17
mastercac.2879
01/11/2019 13:23:06

ASL-0385024/17
mastercac.2879
01/11/2019 13:23:06

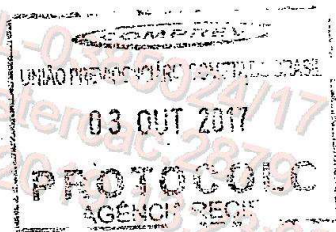
CAIXAS ELETRONICOS SANTANDER
SALDO DE CONTA CORRENTE

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

ASL-0385024/17
mastercac.2879
01/11/2019 13:23:06

ASL-0385024/17
mastercac.2879
01/11/2019 13:23:06

ASL-0385024/17
mastercac.2879
01/11/2019 13:23:06



Boletim de ocorrência



03 OUT 2017

PRÓTOCO

AGENC. REC.

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0094000556

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: JANDIRA LUCAS Pai: MATHEUS RICARDO DRYGALA Data de Nascimento:
16/8/1969 Naturalidade: SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 6394032/SSP/PE
(RG). 13598218847 (CPF). 01018683630 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2°.
GRAU COMPLETO Profissão: EMPRESARIO Telefones Celulares:
- 9923718674

Endereço Residencial: RUA ESTEVAO DE SA, 308, APTO 803 - BLOCO 4 - CEP: 55000-000 -
Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

MARILENE GOMES FERRAZ (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
CARMO FERRAZ Pai: JOSE GOMES FERRAZ Data de Nascimento: 30/10/1964 Naturalidade:
JABOATAO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1363548/SSP/PE

24/02/2016 11:40

01



(RG). 32669363448 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO
Profissão: PENSIONISTA Telefones Celulares:
- 987743744

Endereço Residencial: RUA DA OLARIA, 219, CASA B - CEP: - Bairro: -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

MARTA GOMES BARBOSA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARILENE GOMES FERRAZ Pai: JOSÉ BARBOSA SILVA Data de Nascimento: 3/5/1971 -
Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
4483988/SSP/PE (RG). 84881948434 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU
COMPLETO Profissão: AUTÔNOMO(A) Telefones Celulares:
- 988647848

Endereço Residencial: RUA BURITIZAL, 198 - CEP: 55098-000 - Bairro: TORROES -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

SHOFIA FERRAZ BARBOSA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: ALARRUBIA GOMES BARBOSA SILVA Pai: FERNANDO RICARDO LUCAS
DRYGALA Data de Nascimento: 15/10/2014 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA ESTEVAO DE SA, 398 - CEP: 55098-000 - 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: Não
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCR4987 (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: 186471164 Chassi: 9B0K36000F037833E
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCO/GASOL

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

Placa: PEH4336 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9362PKFWXC890748
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2012

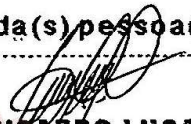
Complemento / Observação

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

24/02/2016 11:40

02

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

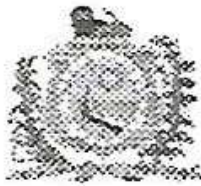

FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA
(VITIMA)
MARILENE GOMES FERRAZ
(VITIMA)
MARTA GOMES BARBOSA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: WELLINGTON GILENO DE NOVAES - Matrícula: 221147-8

ASL-0385024/17
mastercac.2879
01/11/2019 13:21:15ASL-0385024/17
mastercac.2879
01/11/2019 13:21:15ASL-0385024/17
mastercac.2879
01/11/2019 13:21:15ASL-0385024/17
mastercac.2879
01/11/2019 13:21:15ASL-0385024/17
mastercac.2879
01/11/2019 13:21:15ASL-0385024/17
mastercac.2879
01/11/2019 13:21:15

24/02/2016 11:40

09



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0094000558**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/02/2016** às
12:20

Complementa o BO Número: 16E0094000556

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

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

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)
SOFIA FERRAZ BARBOSA DRYGALA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **JANDIRA LUCAS** Pai: **MATHEUS RICARDO DRYGALA** Data de Nascimento:
16/8/1969 Naturalidade: **SÃO PAULO / SÃO PAULO / BRASIL** Documentos: **6384632/SSP/PE**
(RG), 13606218847 (CPF), 01012668689 (CNH) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª**
GRAU COMPLETO Profissão: **EMPRESARIO** Telefones Celulares:
- 9923715674

Endereço Residencial: **RUA ESTEVAO DE SA, 399, APTO 603 - BLOCO 4 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL



MARILENE GOMES FERRAZ (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA CARMO FERRAZ Pai: JOSÉ GOMES FERRAZ Data de Nascimento: 30/10/1954 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1368348/SSP/PE (RG). 32658363449 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: PENSIONISTA Telefones Celulares: - 987743744

MARTA GOMES BARBOSA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARILENE GOMES FERRAZ Pai: JOSÉ BARBOSA SILVA Data de Nascimento: 3/3/1971 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4483955/SSP/PE (RG). 84351945434 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTÔNOMO(A) Telefones Celulares: - 988047040

Endereço Residencial: RUA BURITIZAL, 130 - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRÕES - 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

SOFIA FERRAZ BARBOSA DRYGALA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Data de Nascimento: 15/10/2014 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: RUA ESTEVÃO DE SA, 390, APT. 603 - BLOCO 4 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/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: Não Cor: PRATA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCR4087 (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: 105471164 Chassi: 95GK369G0F0370928 Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCO/GASOL

VEICULO 2 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/PEUGEOT/207 SW Objeto apreendido: Não Cor: CINZA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEH4336 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9362PKFWXCE000745 Ano Fabricação/Modelo: 2011/2012



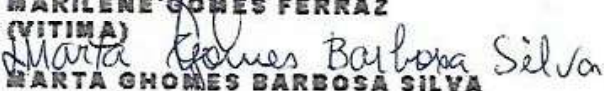
Complemento / Observação

A VÍTIMA FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA, CONDUTOR DO VEICULO 1, SEGUIA PELA RUA DO ESPINHEIRO, E QUE NO CRUZAMENTO COM A RUA 45, COM O SEMAFORO NA COR VERDE, PASSANDO EM VELOCIDADE REDUZIDA, O VEICULO 2, CONDUZIDO POR MOTORISTA DESCONHECIDO, COLIDIU CONTRA O SEU VEICULO CAUSANDO ACIDENTE COM AS VÍTIMAS ACIMA RELACIONADAS, QUE SE ENCONTRAVA EM SUJA COMPANHIA NO VEICULO 1. SEGUNDO O QUEIXOSO, O MESMO DESMAIOU E TODAS AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU, QUE AS CONDUZIRAM PARA DIVERSAS UNIDADES DE SAÚDE. O SR. FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA INFORMA TAMBÉM QUE APÓS O ACIDENTE, FOI INFORMADO PELO SOCORRISTA DO SAMU QUE O CONDUTOR DO VEICULO 2 ESTARIA SE FUGINDO DE UM BLOQUEIO DA LEI SECA. PEDER PROVIDÊNCIAS.

24/02/2016 12:1'



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


FERNANDO RICARDO LUCAS DRYGALA
(VITIMA)MARILENE GOMES FERRAZ
(VITIMA)
MARTA GOMES BARBOSA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: WELLINGTON GILENO DE NOVAES - Matrícula: 221147-5



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11848902

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

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

Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ

Data Acidente: 18/02/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

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

- Comprovante de residência não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





TELEGRAMA

Para enviar telegrama ligue 3003 0100 (região metropolitana),
0800 7257282 (para demais localidades) ou acesse correios.com.br

CONTEÚDO DA MENSAGEM

<<Ligue com URGÊNCIA!!

Para ACE Gestão de Saúde pelos telefones.

Tel.: (21) 2517 - 1223 - A COBRAR DE FIXO PARA FIXO!

Tel.: (21) 9 7598 9121 - A COBRAR DE CELULAR PARA CELULAR!

Tel.: (21) 9 7599 3246 - A COBRAR DE CELULAR PARA CELULAR!

Assunto: Agendamento Avaliação Médica referente ao processo de indenização
do seguro DPVAT.

Para: Jéssica ou Samara

ÁREA DE COLA

REMETENTE
ACE Gestão de Saúde Ltda.
Avenida Almirante Barroso 63 sala 7812
Centro
30031-003 Rio de Janeiro/RJ

USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

- | | |
|---|---|
| ☐ 1 Mudou-se | ☐ 6 Recusado |
| ☐ 2 Ausente | ☐ 7 Falecido |
| ☐ 3 Desconhecido | ☐ 8 Não existe o número indicado |
| ☐ 4 Endereço insuficiente. Faltou: | |
| ☐ 5 Outros (Especificar): | |

DESTINATÁRIO
MARILENE GOMES PEREIRA (nº 3170540036)
Rua Suritabel 190 CASA
Iporões
50640-561 - Recife/PE

NÚMERO DO TELEGRAMA

126090225268P

1803

DHP 18/10/2017 16:30

PE 18/10 20:30

900 - F0073030

DESTACAR AQUI

78240181-1



Assinado eletronicamente por: RUTH RODRIGUES COSTA - 05/11/2019 15:51:45

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110515514541000000052608743>

Número do documento: 19110515514541000000052608743

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11785319

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

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

Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ

Data Acidente: 18/02/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, 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 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



*com Líder e marcar
uma guia*

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2017

Carta n°: 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH000867 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MARILENE GOMES FERRAZ, 63 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 1868548 SSP PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 326.503.534-49, residente à RUA GEN MANOEL RABELO, nº 1600, AP 102 BL 1, ENGENHO VELHO, JABOATAO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/02/2016, por volta das 01:30 hs, no endereço: RUA DO ESPINHEIRO, 6653, ESPINHEIRO RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMOVEI CHEV/PRISMA 1.0MT LT PRATA PCR4087-PE; AUTOMOVEI PEUGEOT/207SW XR CINZA PEH4336-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) MARILENE GOMES FERRAZ, inscrito sob o CPF nº 326.503.534-49 e Registro Geral nº 1868548, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707067-5 DEYVID. Foi transportado(a) para o HOSPITAL ILHA DO LEITE. Registrado(a) com o prontuário nº 10612383. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 26/06/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH000867

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Márcilene Gomes Ferraz

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

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

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

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Recife, 30/10/17.

Assinatura do Declarante:

Márcilene Gomes Ferraz



02



Seguro DPVAT - Proteção para todos

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

saiba +
www.seguradoralider.com.br



Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

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



Revólucion Seguradora Líder - DPVAT CAIXA POSTAL 40.970 CEP: 20.270-971 www.seguradoralider.com.br		Para uso dos correios ☐ Mudar-se ☐ Descontato ☐ Recusado ☐ Ausente ☐ Não procurado Data _____	Responsável pela informação ☐ Morador ☐ Sindico ☐ Porteiro Enviador _____
---	--	---	---

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





Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11785319

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

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

Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ

Data Acidente: 18/02/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, 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 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



CONTRATO DE LOCAÇÃO RESIDENCIAL

São partes neste instrumento:

LOCADOR: JOSINETE BARROS VICENTE FERREIRA, brasileira, portadora da cédula de identidade de nº 1.381.322 SDS/PE, CPF nº 640.434.794-68.

LOCATÁRIO: MARILENE GOMES FERRAZ, brasileira, portadora da cédula de identidade de nº 1.868.548 SSP/PE e inscrita no CPF sob nº 326.503.534-49.

CLÁUSULA PRIMEIRA: O objeto da presente locação é o imóvel situado na Rua Tumiritinga, nº 121 casa A, Torrões – Recife/PE, CEP 50640-430.

CLÁUSULA SEGUNDA: O prazo da locação é de **36(trinta e seis) meses**, iniciando-se em **07 de julho de 2017** e a terminar em **07 de julho de 2020**, independentemente de aviso, notificação ou interpelação judicial ou mesmo extrajudicial.

CLÁUSULA TERCEIRA: O aluguel mensal deverá ser pago até o dia 15 (quinze) do mês subsequente ao vencido, no local indicado pelo **LOCADOR**, o valor é de **R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais)** mensais, reajustados anualmente, de conformidade com a variação do IGP-M apurada no ano anterior, e na sua falta, por outro índice criado pelo Governo Federal e, ainda, em sua substituição, pela Fundação Getúlio Vargas, reajustamento este sempre incidente e calculado sobre o último aluguel pago no último mês do ano anterior.

CLÁUSULA QUARTA: O **LOCATÁRIO** pagará todos os impostos, tributos e taxas, bem como todas e quaisquer outras despesas incidentes sobre o imóvel e sua locação, ônus e encargos outros de que natureza seja federais, estaduais e municipais, que recaem ou venham a recair sobre o imóvel ora locado, sendo que correrão, também, por conta do **LOCATÁRIO** as despesas com ligação e consumo de luz, força, água e gás que serão pagas diretamente às empresas concessionárias dos referidos serviços.

CLÁUSULA QUINTA: Em caso de mora no pagamento do aluguel, aplicar-se-á uma multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido e juros mensais de 1% (um por cento) do montante devido.

CLÁUSULA SEXTA: Fica convencionado ainda pelos contratantes que o pagamento da multa não significa a renúncia de qualquer direito ou aceitação da emenda judicial da mora, em caso de qualquer procedimento judicial contra o **LOCATÁRIO**.

CLÁUSULA SÉTIMA: As obras e despesas com a conservação, limpeza e asseio do imóvel correrão por conta, risco e ônus do **LOCATÁRIO**, ficando este obrigado a devolver o imóvel em perfeitas condições de limpeza, asseio, conservação e pintura, quando finda ou rescindida esta avença, sem qualquer responsabilidade pecuniária para o **LOCADOR**. O **LOCATÁRIO** não poderá realizar obras de vulto e nem modificar a estrutura do imóvel ora locado, sem prévia autorização por escrito da **LOCADORA**. Caso este consinta na realização das obras, estas ficarão desde logo, incorporadas ao imóvel, sem que assista ao **LOCATÁRIO** qualquer indenização pelas obras ou retenção por benfeitorias. As benfeitorias removíveis poderão ser retiradas, desde que não desfigurem o imóvel locado.

PARÁGRAFO ÚNICO: O **LOCATÁRIO** declara receber o imóvel em perfeito estado de conservação e limpeza, mobiliado, com pintura nova, fechaduras, vidros, parte elétrica e hidráulica e tudo mais em perfeito funcionamento.

CLÁUSULA OITAVA: O **LOCATÁRIO** declara, que o imóvel ora locado, destina-se única e exclusivamente para o seu uso residencial e de sua família.

PARÁGRAFO ÚNICO: O **LOCATÁRIO** obriga por si e sua família, a cumprir e a fazer cumprir integralmente as disposições legais sobre o Condomínio, a sua Convenção e o seu Regulamento Interno.

CLÁUSULA NONA: O **LOCATÁRIO** não poderá sublocar, transferir ou ceder o imóvel, sendo nulo de pleno direito qualquer ato praticado com este fim sem o consentimento prévio e por escrito do **LOCADOR**.

CLÁUSULA DÉCIMA: Em caso de sinistro parcial ou total do imóvel locado, que o torne inabitável, o presente contrato ficará rescindido, de pleno direito, independentemente de aviso ou interpelação judicial ou extrajudicial; no caso de incêndio parcial, obrigando a obras de reconstrução, o presente contrato terá



suspendido a sua vigência e reduzida a renda do imóvel durante o período da reconstrução à metade do que na época for o aluguel, e sendo após a reconstrução devolvida o LOCATÁRIO pelo prazo restante do contrato, que ficará prorrogado pelo mesmo tempo de duração das obras de reconstrução.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: Em caso de rescisão do contrato, o LOCATÁRIO se obriga a pagar uma multa no valor referente aos meses restantes para o término do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: No caso de alienação do imóvel, obriga-se o LOCADOR, dar preferência ao LOCATÁRIO, e se o mesmo não se utilizar dessa prerrogativa, o LOCADOR deverá constar da respectiva escritura pública, a existência do presente contrato, para que o adquirente o respeite nos termos da legislação vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: Ao LOCADOR é facultado, por si ou seus procuradores, vistoriar o imóvel, sempre que achar conveniente, para certeza do cumprimento das obrigações assumidas neste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: Cabe ao LOCATÁRIO, o cumprimento, dentro dos prazos legais, de quaisquer multas ou intimações por infrações das leis, portarias ou regulamentos vigentes, originários de quaisquer repartições ou entidades. Obriga-se ainda, a entregar ao LOCADOR, dentro de prazos que permita o seu cumprimento, aviso ou notificação de interesse do imóvel, sob pena de, não o fazendo, assumir integral responsabilidade pela falta.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: A infração de qualquer das cláusulas do presente contrato, sujeita o infrator à multa de duas vezes o valor do aluguel, tomando-se por base, o último aluguel vencido, cobrável ou não por ação executiva, sem prejuízo da rescisão imediata deste contrato, além do pagamento de todas as despesas por procedimentos judiciais e outras sanções que o caso indicar.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: As partes contratantes obrigam-se por si, herdeiros e/ou sucessores, elegendo o Foro da Cidade do (colocar o fórum do município), para o processamento de qualquer ação oriunda da presente avença, renunciando, de futuro, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja o domicílio dos mesmos.

E, por assim estarem justos e contratados, mandaram extrair o presente instrumento, para um só efeito, assinando-o, a tudo presentes.

Recife, 07 de julho de 2017.

LOCADOR: Josinete Barros V. Ferreira
JOSINETE BARROS VICENTE FERREIRA

LOCATÁRIO: Márcilene Gomes Ferraz
MÁRCILENE GOMES FERRAZ



TABELIONATO JOSAPHAT ALBUQUERQUE - 8º SERVIÇO NOTARIAL
Bel. Josaphat Vieira de Albuquerque TITULAR
Rua Dória de Pernambuco, 90 CEP: 50.010-000 Recife - PE
Fones / Fax: (81) 3048.8500 / 3404.8004 - E-mail: jtabuq@terra.com.br

NOTAS: Escrituras, Testamentos,
Procurações, Reconhecimentos de
Firmas e Autenticações de Cópias

Reconheço Por Semelhança a firma dos JOSINETE BARROS VICENTE
FERRAZ; Dou fé.
07/07/2017 11:22:31. JEFFERSON ULISSES SILVA DE MELO - Esc. Autenticado
SELO 0073367.82006201702.04874 TOTAL: R\$ 4,66 (P. 6)
CONSULTE A AUTENTICIDADE DO SELO EM WWW.TJPE.JUS.BR/SELODIGITAL

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (MARZEA) - RECIFE/PE
Av. da Capital, 1881 - JARDIM ZEP - 50.075-000 - Fone: (81) 3433-1400

Reconheço por SEMELHANÇA a firma indicada de:

MÁRCILENE GOMES FERRAZ

que confere com o padrão ren. desta Serventia. Dou fé.
Recife, 10 de agosto de 2017.

Danilo Nunes de Souza (Escrivente Autorizado)

Emol.: R\$ 3,88 / ISR: R\$ 0,78 Total: R\$ 4,66
Selo 0076240.85006201702.03195



Documentos de Identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

G - A

Marilene Gomes Ferraz
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.868,548 DATA DE EXPEDIÇÃO 03-09-1992

NOME MARILENE GOMES FERRAZ

FILIAÇÃO José Gomes Ferraz
Maria Carmo Ferraz

NATURALIDADE Taboatão, PE DATA DE NASCIMENTO 30-10-1954

DOC ORIGEM Cert. Nasc. 53332, Liv. 77, Fls. 187
Cert. de Taboatão, PE

CPF 326.503.534/49

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

03 OUT 2017

PROTOCOLADO

AGÊNCIA REG.





RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: LEONARDO SANTA CRUZ NUNES

Número CRM: 13983

UF: PE

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ

Nº Carteira Convênio do Paciente: 16495000119012023

CPF do Paciente: 32650353449

Data do Atendimento: 22/02/2016

Documentação médica - hospital



RECEITA

USO EXTERNO

01) FITOSCAR POMADA

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

[Handwritten signature of Leonardo Santa Cruz Nunes]
LEONARDO SANTA CRUZ NUNES
CRM 13983 - PE
22/02/2016

R3000N

LEONARDO SANTA CRUZ NUNES

22/02/2016 12:56

192.85.4.34



**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 Aceidente De Transito Refere
Dor Em Ombro E // Joelho E
Eupn Lote Ac Ar Ndn

Exames Físico

Peso(Kg):

Temperatura(°C):

Exames/Procedimentos Solicitados

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

Evolução Médica

Paciente Em Observacao

Prescrição Médica N° 6437459

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

R3001

DANILO DE SOUZA BRANDAO

14/08/2017 15:21

10.1.22.95

Carimbo / Assinatura profissional

ALDO LEITE MOREIRA NETO

Médico(a)

CRM-13645

Impresso por: DANILO DE SOUZA BRANDAO

Em: 14/08/2017 15:21



Assinado eletronicamente por: RUTH RODRIGUES COSTA - 05/11/2019 15:51:46

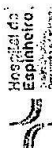
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110515514594400000052608754>

Número do documento: 19110515514594400000052608754

Num. 53463870 - Pág. 2



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



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

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

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ
Endereço: AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE PE 50060002 Tel: 8774-3744
CPF: 32650353449
Nº Carteira Convênio: 16-95000119012023

Prescrição: USO ORAL

01) TRAMAL 50MG 02) CAIXAS

TOMAR 01 COMP 08/08 HORAS
POR 05 DIAS

Data: 22/02/2016

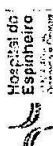
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:	
Ident:	Orgão Emissor:
End:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



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

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

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ
Endereço: AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE PE 50060002 Tel: 8774-3744
CPF: 32650353449
Nº Carteira Convênio: 16-95000119012023

Prescrição: USO ORAL

01) TRAMAL 50MG 02) CAIXAS

TOMAR 01 COMP 08/08 HORAS
POR 05 DIAS



Data: 22/02/2016

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:	
Ident:	Orgão Emissor:
End:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

08

Assinatura do Espelheiro

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

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

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

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

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

Prescrição: USO ORAL

01) TRAMAL 50MG 02) CAIXAS

TOMAR 01 COMP 08/08 HORAS
POR 05 DIAS

Data: 22/02/2016

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident:
End:
Cidade:
UF:

Assinatura do Espelheiro

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

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

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

CARIMBO OU ASSINATURA DO MEDICO

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

Prescrição: USO ORAL

01) TRAMAL 50MG 02) CAIXAS

TOMAR 01 COMP 08/08 HORAS
POR 05 DIAS

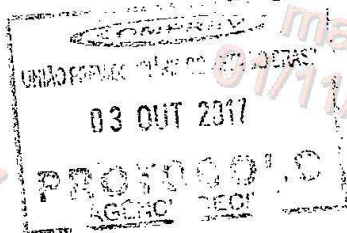
Data: 22/02/2016

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident:
End:
Cidade:
UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:
Ident:
End:
Cidade:
UF:



Declaração de Inexistência de IM:



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.

Marilene Gomes Ferraz

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife-PE, 03 OUTUBRO 2017

Local e data



05



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

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

CPF de: Próprio

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Outros

MARILENE GOMES FERRAZ : 326.503.534-49
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/10/2017
Nome: MARILENE GOMES FERRAZ
CPF: 326.503.534-49

MARILENE GOMES FERRAZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2017
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

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

CPF de: Próprio

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Outros

MARILENE GOMES FERRAZ : 326.503.534-49
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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

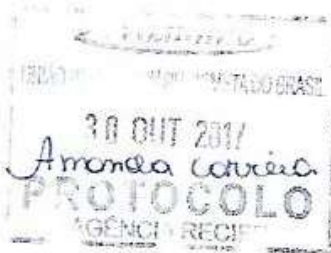
Data da entrega: 30/10/2017
Nome: MARILENE GOMES FERRAZ
CPF: 326.503.534-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2017
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

MARILENE GOMES FERRAZ

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA





HOSPITAL
ILHA DO LEITE

P. Prio.

Prioridade

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

NOME DO SOLICITANTE: Marieline Gomes Ferraz
Nº DOCUMENTO DE IDENTIDADE: 1.868 548 8
DATA DE INTERNAMENTO: 18-02-16
CONVÊNIO RESPONSÁVEL PELO CUSTEIO DA INTERNAÇÃO: Hapvida
FINALIDADE DA SOLICITAÇÃO: doação entrada no depósito
TELEFONES (S) PARA CONTATO, COM DDD: 81 98774 3744
O SOLICITANTE É O PACIENTE: SIM (X) NÃO () 98500 - 3742
CASO NEGATIVO, INFORMAR: _____
NOME DO PACIENTE: Marieline Gomes Ferraz
CÓD CARTEIRA: 16495000119012031
Nº DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____
RELAÇÃO MANTIDA ENTRE O SOLICITANTE E O PACIENTE: _____
ATENDIMENTOS: _____

O solicitante acima qualificado vem, por meio do presente, requerer cópia do prontuário médico do paciente também identificado acima, comprometendo-se neste momento arcar com as despesas decorrentes da reprodução solicitada, cujo custo é de R\$0,10 (dez centavos) por páginas. O solicitante fica ciente, desde já, que o hospital pode recusar a disponibilização da cópia do prontuário médico, desde que o faça com a finalidade de atender as normas demandadas dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina. Uma vez autorizado o fornecimento das cópias. O prazo estimado para disponibilização varia de 30 (trinta) a 45 (quarenta e cinco) dias úteis, contatos a partir da localização do prontuário médico no arquivo deste hospital. Informações podem ser obtidas através do telefone nº (81) 31984575/ 31984578.

Recife (PE) 04/08/17

Assinatura do solicitante: _____

Marieline Gomes Ferraz



10612383

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

NOME DE SOLICITANTE: Marilene Gomes FERRAZ

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº 1868.548

DATA DE INTERNAÇÃO: 18/02/2016

CONVÊNIO RESPONSÁVEL PELO CUSTEIO DA INTERNAÇÃO: HAPVIA

FINALIDADE DA SOLICITAÇÃO: DMR ENTRADA NO UPJAT

TELEFONE(S) PARA CONTATO COM O DOENTE: 31 3343744

O SOLICITANTE É O PACIENTE? ☒ SIM ☐ NÃO

CASO NEGATIVO INFORMAR:

NOME DO PACIENTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:

RELACÃO MANTIDA ENTRE O SOLICITANTE E O PACIENTE:

O solicitante acima qualificado vem, por meio do presente, requerer cópia do prontuário médico do paciente também identificado acima, comprometendo-se neste momento a arcar com as despesas decorrentes da reprodução solicitada (custo máximo de R\$0,10) dez centavos por páginas.

O solicitante fica ciente, desde já, que o hospital pode recusar a disponibilização da cópia do prontuário médico, desde que o faça com a finalidade de atender as normas demandadas dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina. Uma vez autorizado o fornecimento das cópias, o prazo estimado para disponibilização varia de 30 (trinta) a 45 (quarenta e cinco) dias úteis, contados a partir da localização do prontuário médico no arquivo deste hospital. Informações podem ser obtidas através do telefone nº (81) 398-1575.

Recife (PE) 19/04/2016

Assinatura do solicitante:

Marilene Gomes Ferraz

