



Número: **0028788-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

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
ADRIANA LEVINA MUNIZ (AUTOR)	DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67842 975	11/09/2020 16:18	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190297943 **Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ**

Data do Acidente: 05/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANA LEVINA MUNIZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01607/01608 - carta_01 - INVALIDEZ



00010804

Carta nº 14249564



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:18:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009111618451700000066543192>
Número do documento: 2009111618451700000066543192

Num. 67842975 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297943

Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ADRIANA LEVINA MUNIZ

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

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

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

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00063/00064 - carta_07 - INVALIDEZ



00080032

Carta nº 14306958



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:18:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009111618451700000066543192>
Número do documento: 2009111618451700000066543192

Num. 67842975 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	043.474.194-90	ADRIANA LEVINA MUNIZ	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF: 043.474.194-90	
Profissão:	Endereço:	Número: 125 B	Complemento:
Funcionária	RUA SÃO PEDRO DE ALDEIA		
Bairro:	Cidade:	Estado: PR	CEP: 59771-760
ALBERNO MARIA	CAMANAGIBO		Tel.(DDD): (81) 98344-2894
E-mail:			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1028 CONTA: 1272 93 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

EXCELSIOR SEGUROS

29 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

impresso digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <i>Recife 29/04/19</i> Nome: _____ CPF: _____
---	---

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EPC 001 V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 006ª CIRCUNSCRICAO - CORDEIRO - DP6ªCIRC
DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0096002681

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/04/2019** às **09:28**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **5/2/2019** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **BR 408 - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
EVERALDO FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS (VITIMA)
ADRIANA LEVINA MUNIZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS**

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

ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELEILDE VENANCIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **8/2/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA PARNAMIRIM 243 - TIUMA - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ADRIANA LEVINA MUNIZ (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA AUXILIADORA MUNIZ**
Data de Nascimento: **26/7/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA SAO PEDRO 125B - ALBERTO MAIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

EVERALDO FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

HONDA NRX 150 DE PLACA PFS8523 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EVERALDO FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

26/04/2019 16:



Placa: **PFS8523** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO HONDA NXR 150 DE PLACA PFS 8523 (PROPRIEDADE DE EVERALDO FERREIRA DA SILVA) E NA SUA GARUPA ESTAVA ADRIANA LEVINA MUNIZ, QUANDO UM CARRO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU EM SUA TRASEIRA., SENDO ARREMESSADO CONTRA UM MURO NA CITADA VIA. ALEXANDRO VENANCIO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS, ENQUANTO ADRIANA LEVINA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS.

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

Alexandro Venancio dos Santos
ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS
(VITIMA) *Adriana Levina Muniz*
ADRIANA LEVINA MUNIZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**

EXCELSIOR SEGUROS
29 ABR. 2019
SEGURO DPVAT





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000361 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ADRIANA LEVINA MUNIZ, 35 anos, BRASILEIRA(a), DIVORCIADO(a), RG nº 5430213 SSP-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 043.474.194-90, residente à RUA SÃO PEDRO DE ALDEIA, nº 125 B, , ALBERTO MAIA, CAMARAGIBE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 05/02/2019, por volta das 19:16 hs, no endereço: RODOVIA BR 408, S/N, TIUMA SÃO LOURENÇO DA MATA-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ADRIANA LEVINA MUNIZ, inscrito sob o CPF nº 043.474.194-90 e Registro Geral nº 5430213, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 710195-3 GERMANO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1079363. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 03/04/2019

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 2019APH000361

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:18:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116184517000000066543192>
Número do documento: 20091116184517000000066543192

Num. 67842975 - Pág. 6



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

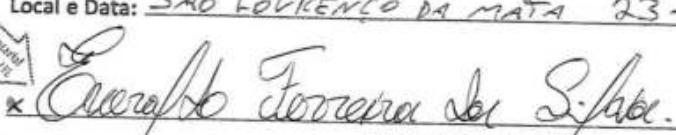
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

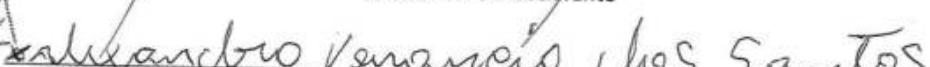
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, EVERALDO FERREIRA DA SILVA,
RG nº 4774349, data de expedição 10/05/1999,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 794546584-68,
com domicílio na cidade de SÃO LOURENÇO DA MATA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DAS VIOLETTAS, LOT CAIARA, nº 27,
complemento NOVA TIVIMA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ADRIANA LEVINA MONIZ, cujo o condutor era
ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA NXR 150 Ano: 2013
Placa: DFS 8523 Chassi: 9C2KD0540DR773863
Data do Acidente: 05/02/179

Local e Data: SÃO LOURENÇO DA MATA 23-04-2019


Assinatura do Declarante


Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE
Rua Das de Janeiro, 358 - Centro
(81) 3519-0217 - serventianotarial1@gmail.com.
Reconhecido por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
(1)Alexandre Venancio dos Santos, (1)Everaldo Ferreira
da Silva, São Lourenço da Mata, 23/04/2019, 11:48. DOU
PE. Anna Gabrilia Ferinha de Medeiros - escrevente
autorizada. Rua Cartório: R\$ 7,18 - TSMR: R\$ 1,60 -
PERC: R\$ 0,80 - Total: R\$ 9,58. Selos(n):
0159483.YBMD4201902.00094, 0159483.LMPD4201902.00095

Consulte Autenticidade em: www.pje.jus.br/ejusdigital



EXCELSIOR SEGUROS
29 ABR. 2019
SEGURO DPVAT





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ Idade: 36 Anos 6 Meses 30 Dias Nasc.: 26/07/1982
Sexo: FEMININO CNS: 700108917765517 Contatos: 81. 83442894 | Celular: 81.
Mãe: MARIA AUXILIADORA MUNIZ
Endereço: RUA SAO PEDRO , N.º 125 - : BAIRRO: ALBERTO MAIA - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 05/02/2019 20:45

Prontuário: 1079363

Nº. Atendimento: 3295469

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:

MEDICO PLANTONISTA

Admissão

— Queixa Principal

TRAUMA NO JOELHO DIREITO

— História Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO COM TRAUMA NO MID (JOELHO) E TCE , SEM HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCÊNCIA OU VÓMITOS.

— Exame Físico

ORIENTADA , EUPNEICA , EM BOM ESTADO GERAL, ECG:15
NEGOU CERVICALGIA , MOBILIZA OS 4 MEMBROS ATIVA E PASSIVAMENTE
MID: FERIMENTO EXTENSO JOELHO DIREITO , MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO
EM TEMPO: REFERE CEFALÉIA

— Observações

— Conduta

SOLICITO RX
AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA - CRM: Nº.CRM20910



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





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ Idade: 36 Anos 6 Meses 30 Dias Nasc. 26/07/1982
Sexo: FEMININO CNS: 700108917765517 Contatos: 81. 83442894 | Celular: 81.
Mãe: MARIA AUXILIADORA MUNIZ
Endereço: RUA SAO PEDRO , N.º 125 - : BAIRRO: ALBERTO MAIA - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 06/02/2019 09:00
Prontuário: 1079363
Nº. Atendimento: 3295704
Serviço: ORTOPEDIA E
Enfermaria/Leito:
TRAUMATOLOGIA POSTO III-24-02
Médico:
ROGERSON TENORIO DE ANDRADE

Label

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO:	CÓDIGO PACIENTE:
		03295704	01079363
NOME DO PACIENTE:		SITUAÇÃO CIRURGIA:	
ADRIANA LEVINA MUNIZ			
TIPO DE ANESTESIA:		COM CEC:	COM ROBÓTICA:
RAQUI ANESTESIA		NÃO	NÃO
CID FINAL: FERIMENTO DO JOELHO - S810			
Procedimento			
Material:			
DATA / HORA INICIAL:		DATA / HORA FINAL:	
06/02/2019		06/02/2019	
 DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:			
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA E ANTESSPSIA + APOSICAO DE CAMPOS ESTEREIS 3. EXPLORACAO DE FERIMENTO EXtenso EM JOELHO DIREITO ONDE OBSERVAMOS TENDAO PATELAR INTEGRO 4. REALIZACAO LIMPEZA EXAUSTIVA COM SORO FISIOLOGICO 5. SUTURA DO FERIMENTO COM FIO NYLON 3.0 6. CURATIVO			
CIRURGIA PROPOSTA:			
DESBRIDAMENTO + SUTURA DE FERIMENTO EXtenso EM JOELHO DIREITO			
CIRURGIA REALIZADA:			
DESBRIDAMENTO + SUTURA FERIMENTO EXtenso EM JOELHO DIREITO			
DIAGNOSTICO INICIAL:			
FERIMENTO EXtenso EM JOELHO DIREITO			
DIAGNOSTICO CIRURGICO:			
FERIMENTO EXtenso EM JOELHO DIREITO			
INTERCORRÊNCIA:			

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:18:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116184517000000066543192>
Número do documento: 20091116184517000000066543192

Num. 67842975 - Pág. 11

Atendimento: 3295704

Dt Atendimento: 06/02/2019 - 09:00 Dt Alta: 09/02/2019 - 07:51

Paciente: 1079363 ADRIANA LEVINA MUNIZ

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 145 TRAU 24-02 - POSTO III Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P Usuário: ADRIANALS

Diretor Clínico:

CID: L989 AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO, NAO ESPECIFICA

Procedimento de Alta - Procedimento não informado

Observação de Alta

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





Pernambuco

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

HOSPITAL STAVIO DE FREITAS
End. Rua Aprígio Guimarães SN Taubaté-SP CEP 13182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

CAMP RICO
PACUATE ADRIANA LIMA
MULHER, 36, COM 181 CM
ACUDIU AO DIA 26/05/2019
COM INFILTRACAO DE
EXCORIOSE GUTTAL DIREITA, RECOMENDA-
DO 400 (QUATRO H) DEI DE ANTIMIC-
NETO DE JUNTO ALVAREZ A
PROTECTOR DENTAL. COM FUSIONE
DE DENTES SAB. 380.00

Data: _____ / _____ / _____

Dr. Silvio Macedo
Ortopedia
dico CR 341-9758

075-HOE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:18:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009111618451700000066543192>
Número do documento: 2009111618451700000066543192

Num. 67842975 - Pág. 13



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ Idade: 36 Anos 6 Meses 30 Dias Nasc.: 26/07/1982
Sexo: FEMININO CNS: 700108917765517 Contatos: 81. 83442894 | Celular: 81.
Mãe: MARIA AUXILIADORA MUNIZ
Endereço: RUA SAO PEDRO , N.º 125 - : BAIRRO: ALBERTO MAIA - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 05/02/2019 20:45
Prontuário: 1079363
Nº. Atendimento: 3295469
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

— Queixa Principal

TRAUMA NO JOELHO DIREITO

— História Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO COM TRAUMA NO MID (JOELHO) E TCE , SEM HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCÊNCIA OU VÓMITOS.

— Exame Físico

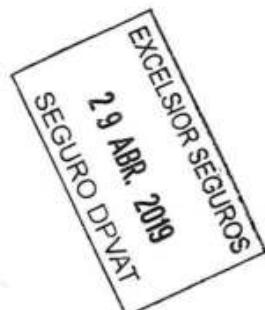
ORIENTADA , EUPNEICA , EM BOM ESTADO GERAL, ECG:15
NEGOU CERVICALGIA , MOBILIZA OS 4 MEMBROS ATIVA E PASSIVAMENTE
MID: FERIMENTO EXTENSO JOELHO DIREITO , MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO
EM TEMPO: REFERE CEFALEIA

— Observações

— Conduta

SOLICITO RX
AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA - CRM: Nº.CRM20910



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:18:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116184517000000066543192>
Número do documento: 20091116184517000000066543192

Num. 67842975 - Pág. 14



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ Idade: 36 Anos 6 Meses 30 Dias Nasc. 26/07/1982
Sexo: FEMININO CNS: 700108917765517 Contatos: 81. 83442894 | Celular: 81.
Mãe: MARIA AUXILIADORA MUNIZ
Endereço: RUA SAO PEDRO , N.º 125 - : BAIRRO: ALBERTO MAIA - CIDADE: CAMARAGIBE - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 06/02/2019 09:00

Prontuário: 1079363

Nº. Atendimento: 3295704

Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

TRAUMATOLOGIA POSTO III-24-02

Médico:

ROGERSON TENORIO DE ANDRADE

Label

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO:	CÓDIGO PACIENTE:
		03295704	01079363
NOME DO PACIENTE:		SITUAÇÃO CIRURGIA:	
ADRIANA LEVINA MUNIZ			
TIPO DE ANESTESIA:		COM CEC:	COM ROBÓTICA:
RAQUI ANESTESIA		NÃO	NÃO
CID FINAL:			
FERIMENTO DO JOELHO - S810			
Procedimento			
Material:			
DATA / HORA INICIAL:		DATA / HORA FINAL:	
06/02/2019		06/02/2019	
DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA:			
<p>1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA E ANTESSPSIA + APOSICAO DE CAMPOS ESTEREIS 3. EXPLORACAO DE FERIMENTO EXtenso EM JOELHO DIREITO ONDE OBSERVAMOS TENDAO PATELAR INTEGRO 4. REALIZACAO LIMPEZA EXAUSTIVA COM SORO FISIOLOGICO 5. SUTURA DO FERIMENTO COM FIO NYLON 3.0 6. CURATIVO</p>			
CIRURGIA PROPOSTA:			
DESBRIDAMENTO + SUTURA DE FERIMENTO EXtenso EM JOELHO DIREITO			
CIRURGIA REALIZADA:			
DESBRIDAMENTO + SUTURA FERIMENTO EXtenso EM JOELHO DIREITO			
DIAGNOSTICO INICIAL:			
FERIMENTO EXtenso EM JOELHO DIREITO			
DIAGNOSTICO CIRURGICO:			
FERIMENTO EXtenso EM JOELHO DIREITO			
INTERCORRÊNCIA:			

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:18:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116184517000000066543192>
Número do documento: 20091116184517000000066543192

Num. 67842975 - Pág. 15

Atendimento: 3295704

Dt Atendimento: 06/02/2019 - 09:00 Dt Alta: 09/02/2019 - 07:51

Paciente: 1079363 ADRIANA LEVINA MUNIZ

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 145 TRAU 24-02 - POSTO III Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P Usuário: ADRIANALS

Diretor Clínico:

CID: L989 AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO, NAO ESPECIFICA

Procedimento de Alta - Procedimento não informado

Observação de Alta

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Procedência: _____

ANTONIO YVES

PACIENTE ADRIANA LIMA
MULHER, 36, COM 181CM DE
ALTURA, NO 2-6 COM 051-2119
COM INFARTO NO TECIDO
EXTERNO, JUNTOS DENTRO, AGORA
NO TECIDO (EXCELENTE) PODE SE ATINGIR
MUITO DE SEU ATIVIDADES A
PACIENTE DEVE SER CUIDADO
COMO S 80,00

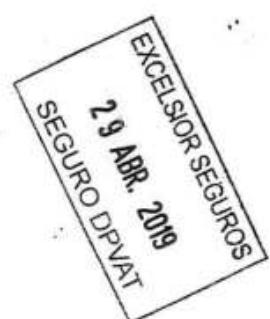
101-4119

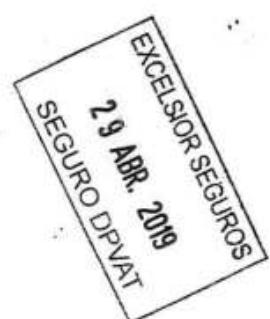
Data: 1/1

Dr. Silvio Macêdo
Ortopedista
Médico-CR 1001: 9758

075-HOF

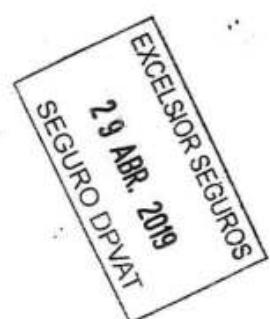






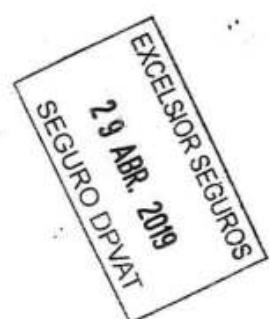
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:18:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009111618451700000066543192>
Número do documento: 2009111618451700000066543192

Num. 67842975 - Pág. 19

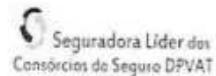


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:18:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116184517000000066543192>
Número do documento: 20091116184517000000066543192

Num. 67842975 - Pág. 20



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144087/19

Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ

Data do acidente: 05/02/2019

CPF: 043.474.194-90

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANA LEVINA MUNIZ

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA LEVINA MUNIZ : 043.474.194-90

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.

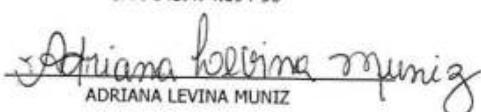
A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

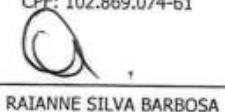
Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 29/04/2019
Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ
CPF: 043.474.194-90


ADRIANA LEVINA MUNIZ

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61


RAIANNE SILVA BARBOSA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190297943 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA, DEBRIDAMENTO E SUTURA DO JOELHO DIREITO)P2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. SILVIO MACHADO, CRM 9758, DE 16/04/19, PÁGINA 04. "VÍTIMA NECESSITA DE 90 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES, A PARTIR DA DATA DO ATESTADO MÉDICO".

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144087/19

Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ

CPF: 043.474.194-90

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 05/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANA LEVINA MUNIZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA LEVINA MUNIZ : 043.474.194-90

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.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/04/2019
Nome: ADRIANA LEVINA MUNIZ
CPF: 043.474.194-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ADRIANA LEVINA MUNIZ

RAIANNE SILVA BARBOSA

