Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

03/02/2020

Número: **0086508-48.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **13/12/2019**
Valor da causa: **R$ 11.812,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WILLIAM MARINHO BEZERRA (AUTOR)	**LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO)** **BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO)**
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57295292	03/02/2020 10:48	2686599_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE – SEÇÃO B

Processo: 00865084820198172001

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

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A, empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 **e SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.,** com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **WILLIAM MARINHO BEZERRA** , em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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

REVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **30/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **26/07/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

EXA., CUMPRE RESSALTAR QUE A PARTE AUTORA JÁ RECEBEU O LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL (R$13.500,00), CONFORME EXPLANADO ABAIXO.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[3].

---

[1][1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

[2][1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

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

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

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

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória DPVAT e recebido o valor de R$4.725,00 referente ao sinistro ocorrido em 21/02/2015, sendo apurada lesão no membro inferior direito.

Frisa-se que a parte autora recebeu administrativamente o valor supracitado em decorrência de sinistro anterior ao objeto da presente lide, sendo apurada a presença de lesão no membro inferior direito, ALEGANDO AGORA CONTER LESÃO NO SEU TORNOZELO DIREITO.

OCORRE QUE A LESÃO SUPOSTAMENTE APRESENTADA NOS AUTOS DO PRESENTE PROCESSO ENCONTRA-SE ENGLOBADA NA LESÃO ANTERIORMENTE INDENIZADA REFERENTE AO SINISTRO OCORRIDO EM 21/02/2015, TENDO EM VISTA QUE O MEMBRO INFERIOR DIREITO ABRANGE O TORNOZELO DIREITO.

Ademais, 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.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190631398 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TIBIA DIREITA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P1 P8 P9 P12 P22 P23
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.
Sequelas: Com sequela
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.
Documentos complementares:
Observações: **VÍTIMA INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3150348906) OCORRIDO EM 21/02/2015 PARA 50% DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR).

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

> ***"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."***

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **30/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

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: 22/11/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: WILLIAM MARINHO BEZERRA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01580
CONTA: 000000157266-0

Nr. da Autenticação E43F445E30198FEB

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009,em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais[4].

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

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, 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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[5].

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.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, 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 ao Autor, 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 em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DO LIMITE MÁXIMO INDENIZATÓRIO (R$13.500,00)

Trata se de demanda onde o autor alega ter sido vítima de acidente automobilístico e que em decorrência deste veio a sofrer lesões de caráter permanente ingressando com a presente demanda.

Insta esclarecer que, o autor ingressou com pedido administrativo e após o crivo medico da seguradora recebeu o valor de **R$ 1.687,50(mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) de acordo com a lesão no joelho direito**.

Merece destaque, uma vez que, o autor já sofrera acidente diverso em **21.02.2015**, onde recebeu administrativamente R**$ 4.725,00(quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais) em decorrência de lesão no membro inferior direito**, vejamos:

[5] **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

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: 25/06/2015
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: WILLIAM MARINHO BEZERRA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01580
CONTA: 000000097377-6

Nr. da Autenticação A1CF89151A7AC804

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder do Consórcios do Seguro DPVA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150348906 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA **Data do acidente:** 21/02/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal do fêmur direito

Descrição do exame médico pericial: Ao exame dor e limitação dos movimentos do quadril direito. Marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com colocação de material de fixação

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/06/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Paulo Sérgio Muniz

CRM do médico: 5530

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda

Não obstante, o autor possui outra indenização em decorrência de **acidente ocorrido no dia 21.10.2012 e recebeu o valor de R$ 7.087,50(sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) pela lesão no membro superior esquerdo.**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013062202
Cidade: Jaboatão dos Guararapes
Natureza: Invalidez
Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA
Data do acidente: 21/10/2012
Emissor do parecer: GALDINO LEONARDO
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
Prestadora: SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.
CRM do médico: 17727

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME COM MSE COM LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO EM 80º, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO INTERNA ATÉ AS NÁDEGAS, EXTENSA CICATRIZ NO ÚMERO PROXIMAL E DIMINUIÇÃO DE FORÇA NO MSE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO PARCIAL REFERENTE AOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 19/02/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: GALDINO LEONARDO

UF do CRM do médico: PE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	75

Valor avaliado: 7.087,50

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: 04/03/2013
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 7.087,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: WILLIAM MARINHO BEZERRA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01580
CONTA: 000000097377-6

Nr. da Autenticação 61DEAF9169F09E5A

DESTA FORMA, TEMOS QUE O AUTOR JÁ RECEBEU POR INVALIDEZ PERMANENTE O VALOR TOTAL DE R$ 13.500,00(TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS)!!!

Por fim, pugna a Ré pela cautela, uma vez que o autor já recebeu conforme a Lei 11.945/2009, ou seja, nos **casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber além deste valor alegando novo sinistro e nova lesão**, o que levaria a parte autora a beneficiar-se economicamente as expensas da ré e sob o manto do Poder Judiciário, não podendo receber além do limite máximo indenizável.

Fato é que independente da realização de nova perícia, já fora pago na seara administrativa O LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL previsto na lei.

Dessa forma, não deve prosperar o pleito autoral, vez que os argumentos expostos na inicial não possuem amparo nos ditames legais, eis que **A RÉ NÃO PODE SER CONDENADA EM VALOR SUPERIOR AO LIMITE DETERMINADO EM LEI**, isso porque, estabelecem os incisos I e II, do artigo 3º da Lei n.º 6.194/74:

> I - R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos) - no caso de morte;
>
> II - ATÉ R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

O método de INTERPRETAÇÃO GRAMATICAL das normas jurídicas resolve prontamente a questão. O emprego da **preposição até parece significar um limite máximo**, uma escala de grandezas dentro da qual, dependendo do fator relevante, a indenização **poderá variar de nenhum à até R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos)** em caso de indenização por invalidez permanente.

Destarte, NÃO HOUVE UMA EQUIPARAÇÃO de duas situações distintas – invalidez permanente e morte, para um único efeito; indenização no valor invariável de R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Logo, depreende-se, sem necessidade de grande esforço HERMENÊUTICO, que a indenização securitária DPVAT não pode ser fixada ALÉM do teto máximo para toda e qualquer lesão física, pois pela interpretação da norma contemplada na letra "b" do art. 3.° da Lei 6.194/74, determina que a cobertura a título de invalidez permanente seja paga de forma proporcional a lesão suportada pelo beneficiário.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios[6], ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[7].

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[8]

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.

---

[6] *"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA.* ***INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO****. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2.* ***A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor****."(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).*

[7] "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[8] ***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

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

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

CONCLUSÃO

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

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial 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, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autoral com fundamento no artigo 487 inciso I do cpc.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 14 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **WILLIAM MARINHO BEZERRA** , em curso perante **a 6ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00865084820198172001.

Rio de Janeiro, 14 de janeiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

03/02/2020

Número: **0086508-48.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **13/12/2019**
Valor da causa: **R$ 11.812,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WILLIAM MARINHO BEZERRA (AUTOR)	**LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO)** **BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO)**
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57295296	03/02/2020 10:48	ANEOX 1	Outros (Documento)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.769.823

DATA DE EXPEDIÇÃO 28/11/2018

NOME
<< WILLIAM MARINHO BEZERRA >>

FILIAÇÃO
<< SEBASTIÃO BEZERRA DA SILVA >>
<< MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO >>

NATURALIDADE
RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO
24/08/1982

DOC ORIGEM << CN.60296 L.92A F.42 CART. CASA AMARELA RECIFE PE 01.09.1982 >>

CPF
050.488.964-53

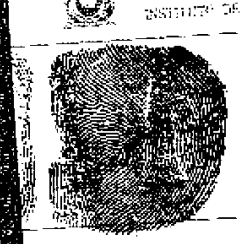
PAULO A. TENORIO DE CARVALHO
DELEGADO DE POLICIA CIVIL
ASSINATURA DO DIRETOR DO IITB

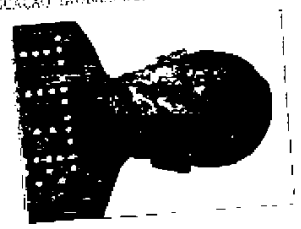
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL





William Marinho Bezerra
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Seguradora LÍDER

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: William Marinho Bezerra

Data do Acidente: 30/06/19 CPF da vítima: 050.588.964-83

Portador da documentação:

Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:

Endereço do portador

Número Complemento: Bairro:

Cidade: UF: CEP Telefone: ( )

E-mail

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☑ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☑ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☑ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☑ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☑ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☑ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)

obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data 11/11/19

Identidade

Assinatura Sebastião Bezerra da Silva

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☑ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☑ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☑ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☑ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☑ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☑ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)

obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Morte = R$ 13.500,00

Invalidez Permanente = até R$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 11/11/19

Nome: Raianne S

Assinatura

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190631398 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P1 P8 P9 P12 P22 P23

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: **VÍTIMA INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3150348906) OCORRIDO EM 21/02/2015 PARA 50% DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR).

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190631398 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (P1 P8 P9 P12 P22 P23

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: **VÍTIMA INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3150348906) OCORRIDO EM 21/02/2015 PARA 50% DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR).

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394586/19

Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Data do acidente: 30/06/2019

CPF: 050.488.964-83

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WILLIAM MARINHO BEZERRA : 050.488.964-83

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/11/2019
Nome: WILLIAM MARINHO BEZERRA
CPF: 050.488.964-83

WILLIAM MARINHO BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

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, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190631398 **Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA**

Data do Acidente: 30/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILLIAM MARINHO BEZERRA

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. 01191/01192 - carta_01 - INVALIDEZ

00020596

Carta nº 15092616

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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190631398 **Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA**

Data do Acidente: 30/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILLIAM MARINHO BEZERRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **WILLIAM MARINHO BEZERRA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000001580**
Conta: **00000157266-0**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

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, retorne 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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01825/01826 - carta_30 - INVALIDEZ

00020913

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ABL | 3 - CPF da vítima: 050 488 964-83 | 4 - Nome completo da vítima: William Marinho Bezerra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: William Marinho Bezerra | 6 - CPF: 050.488.964-83

7 - Profissão: Pedreiro | 8 - Endereço: Rua do Jangadeiro | 9 - Número: 1255 | 10 - Complemento: APT-201

11 - Bairro: Piedade | 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 54430-315

15 - E-mail: | 16 - Tel (DDD): (81) 9.8144-7740

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: (81) 99638-9991

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ $2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1550 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 157266 - 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), pois que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por nível de invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou cônjuge (varrescer)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 11/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE -
DP22ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0112002854**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/07/2019** às **11:09**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **30/6/2019** no periodo da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DA BATALHA 1 ATE 1001, 01** - Bairro: **PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **PROXIMO AO BATLHAO HENRIQUE DIAS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \AGENTE)
WILLIAM MARINHO BEZERRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

WILLIAM MARINHO BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO** Pai: **SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **24/8/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA DO JANGADEIRO, 522 - CEP: 55000-000 - Bairro: CANDEIAS - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, ED IGUATEMI**

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

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

VEICULO PLACA: PFK9653 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFK9653** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA, QUE IRIA ATRAVESSAR A VIA ESTRADA DA BATALHA PARA IR ATE A UM BAR DE CONHECIDOS PELA QUARTA VEZ. QUE ENTAO TERIA SIDO ATROPELADO POR UM DESCONHECIDO NO VEICULO DE PLACA: PFK9663 QUE NAO TERIA PRESTADO SOCORRO. CONTA A VITIMA, QUE QUEM LHE SOCORREU TERIA SIDO O BOMBEIROS, SENDO LEVADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER NO CABO DE SANTO AGOSTINHO. SENDO DIAGNOSTICADO COM FRATURA NO PÉ DIREITO, ALÉM DE FRATURA NOS JOELHO DIREITO, ONDE FOI COLOCADO 13 PARAFUSOS. SENDO ASSIM, RELATA O OCORRIDO E PEDE PROVIDENCIAS.

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

WILLIAM MARINHO BEZERRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAURI FERREIRA DUARTE JUNIOR** - Matrícula: **296371-1**

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ABL | 3 - CPF da vítima: 050 488 964-83 | 4 - Nome completo da vítima: William Marinho Bezerra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: William Marinho Bezerra | 6 - CPF: 050.488.964-83

7 - Profissão: Pedreiro | 8 - Endereço: Rua do Jangadeiro | 9 - Número: 1255 | 10 - Complemento: APT-201

11 - Bairro: Piedade | 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 54430-315

15 - E-mail: | 16 - Tel (DDD): (81) 9.8144-7740

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: (81) 99638-9991

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ $2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1550 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 157266 - 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), pois que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por nível de invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou cônjuge futuro (varrescer)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 11/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): William Marinho Bezerra

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000855 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA, 63 anos, BRASILEIRO(a), DIVORCIADO(a), RG nº 1595815 SSP/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 192.784.204-25, residente à rua do jangadeiro, nº 1255, ap 201, candeias, jaboatao-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 30/06/2019, por volta das 19:43 hs, no endereço: ESTRADA DA BATALHA, S/N, PRAZERES JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL POLO SEDAN PRATA PFK9653-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) WILLIAM MARINHO BEZERRA, inscrito sob o CPF nº 050.488.964-83 e Registro Geral º 5769823, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718033-0 CRUZ. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 508535. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 22/07/2019

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 2019APH000855

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIAM MARINHO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 000000157266-0

Nr. da Autenticação E43F445E30198FEB

Tarifa Social de Energia Elétrica. Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CELPE

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0015943-31 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FÁTIMA SOARES MARINHO

CPF 308.191.904-00 | RG 2068117-31 SDS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DE JANGADA, NO 1255 AP-201
CONDOMÍNIO CLEDISON ATEMI

PIEDADE-GAZERES
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54430-315

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA CONVNC

Nº da Nota Fiscal	Série	Emissão
076580388	UNICA	04/10/2019

Apresentação	Nº do Cliente	Nº da Instalação
04/10/2019	7025647380	1656291

Conta Contrato	Mês/Ano
7025647380	10/2019

Data de Vencimento	Data Prevista Próxima Leitura
11/10/2019	06/11/2019

Total a Pagar (R$): 216,43

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

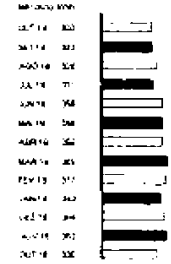
	Quantidade	Preço (R$)	Valor (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,3704500	6,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,4839664	33,88
Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh	100,0000000	0,6655475	66,55
Consumo Ativo superior a 200 kWh	60,0000000	0,7720000	46,32
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,88
Acréscimo Bandeira VERMELHA			12,33
Contribuição Pública Municipal			15,03
ICMS substituição CLE Nº 06/99CE75-03/2018			1,67

TOTAL DA FATURA 216,43

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº do Medidor	Tipo da Função	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº de Dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	31	[illegible]		300,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Composição do Consumo

Geração de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Celpe)	R$	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	[illegible]	100%

SINAL DE ALERTA

Consumo Ativo até 30 kWh	[illegible]
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	[illegible]
Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh	[illegible]
Consumo Ativo superior a 200 kWh	[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

	Consumo	Valor Apurado (qualquer)	Limite Mensal	Limite Trimestral	Limite Anual
DIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DMIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Limite DIC: [illegible] DIC - Interrupção de Energia acima do Satisfatório (unidade: [illegible])

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Tensão Nominal (V)	Limite de Variação (V) Mínimo	Máximo
[illegible]	[illegible]	[illegible]

Conta Contrato	Mês/Ano	Data de Vencimento	Total a Pagar (R$)
7025647380	10/2019	11/10/2019	216,43

83800000002-5 16430011007-8 02564738010-8 14196787513-0

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

Dom Helder Câmara

IMIP HOSPITALAR

Atendimento: 508535 **Senha da Classificação:** 0038

Data e Hora: 30/06/2019 20:40

Paciente: 40066 WILLIAM MARINHO BEZERRA **Sexo:** MASCULINO

Data do Nascimento: 24/08/1982 **Idade:** 36 anos **Convenio:** 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe:: MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO **Nome do Pai:** SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO **Nome do Médico:** MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS **CRM:** 14418

Endereço: RUA FRAGOSO DE MELO – APART PIEDDAE 2 **Bairro:** BARRA DE JANGADA

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE **Usuário Atendimento:** ANAKPC

RG (Identidade): 5769823 SDS PE **Data de Emissão:** 28/11/2018

CPF (Cadastro de Pessoa Fisica): 05048896483 **Fone:** 96389441

Cartão SUS: 206817822040000 **Data de Emissão CRN:**

01 JUL. 2019

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: ____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

vítima de atropelamento há 3 horas, referindo dores no 1/3 distal da perna (D)

Exame Fisico

- edema e deformidade local
- s/ ferimentos ou escoriações

Hipótese Diagnostica

Fratura dos ossos da perna (D)

Conduta Terapeutica

RX da perna

Prescrição Médica

- Tala coxo-podálica
- Tramadol 100mg + 100ml SF, IV
- A critério médico

Jaciel Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 17726 / RQE: 1693

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

Ortopedia - Traumatologia
CRM 14418

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/02/2020 10:48:38
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020310483807000000056357032
Número do documento: 20020310483807000000056357032

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

Data e hora retirada da senha: 30/06/2019 20:24

Nome Paciente: WILLIAM MARINHO BEZERRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/08/1982
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0038
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 30/06/2019 20:32 - 30/06/2019 20:36
CAMILLA PONTES CASTELO BRANCO - COREN: 414001 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	EMERGENCIA - VERMELHO
Cor:	[redacted] VERMELHO
Queixa Principal:	PACT ENCAMINHADO PELO BOMBEIRO VITIMA DE ATROPELAMENTO. NEGA DESMAIO E VOMITOS. APRESENTANDO TRAUMA EM MID. HAS- DM- NEGA ALERGIA. ALCOOLIZADO
Observação:	SPO2: 97% FC:85BPM
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE
Especialidade:	CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: CAMILLA PONTES CASTELO BRANCO - COREN: 414001 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/06/2019 20:36

DOM HELDER CAMARA

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 508550 **Data e Hora do Atendimento:** 30/06/2019 20:51
Usuário do Atendimento: THAYANECCS **Convênio:** SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: WILLIAM MARINHO BEZERRA **Prontuário:** 40066
Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO **Nome do Pai:** SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA
Data do Nascimento: 24/08/1982 **Idade:** 36 **anos Sexo:** MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO **RG:** 5769823 SDS PE **Data Emissão:** 28/11/2018
CPF: 05048896483 **Certidão de Nascimento:** **Data Emissão:**
Naturalidade: RECIFE **Escolaridade:** NAO SABE/SEM DECLARACAO
Carteira Nacional SUS: 206817822040000 **Ocupação Habitual:** OUTROS
Endereço: RUA FRAGOSO DE MELO 2 BARRA DE JANGADA
Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES PE **CEP:** 54490132 **Fone:** 96389441

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA **CRM:** 17726
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA **Leito:** LEITO 06

HDM - Hospital Dom Helder Câmara
Enfermeira Maria do Socorro
05 / 07 / 2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstistico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 30/06/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:_____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: MELHORADO
Diagnostico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA
Procedimento: OSTEOSSINTESE
Data: 03 / 07 / 19 **Hora:**
Médico e C.R.M:
Responsável pela retirada do paciente - Nome:
Assinatura e R.G:

Ortopedia e Traumatologia

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

Pernambuco

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: William Marinho Bezerra Registro: [illegible] Nº Atendimento: 508535

Idade: 36 | Sexo: M Estado Civil: Sol. Cor: Parda Acompanhante: (X) Sim - ( ) Não

Clínica: Ortopedia Enfermaria: Leito: Ocupação:

Queixa Principal e Duração: "Afastamento no ombro"

História da Doença Atual: Paciente retorno de Atropelamento com trauma em MMSS.

Interrogatório Sintomatológico: Dor local

Dr. Ravinar Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE [illegible]

Exame Físico: deformidade local

Antecedentes Pessoais: Nega

Medicações em Uso Nega

Antecedentes Familiares: Nega

Hipótese Diagnóstica Principal: fratura de ossos do pulso D

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico: A sedação e cirúrgico

Cabo de Santo Agostinho, 01/07/19

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

IMIP

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: [illegible] DATA NASC: [illegible]
REGISTRO: [illegible] DATA: 02/07/19 HORA:
SETOR DE ORIGEM: [illegible] SETOR DE DESTINO:

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: EGR Glasgow [illegible] HGT: 98 PA: 104x78 Pulso: 17 Temp: 36.3 FR: 90 Oximetria: 100% Padrão respiratório: (✓) Ar ambiente ( )Suporte de O2 ( )CatO2 ( )NBZ ( )TOT ( )Traqueo VM ( )Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h:
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: Antibiótico profilático: ( ) Não ( ) Sim Antibiótico terapêutico: ( ) Não ( ) Sim Qual: Horário: Drogas Vasoativas: ( )Não ( ) Sim Qual: Prognóstico: ( )Crônico ( )Não Crônico Nutrição: ( ) Jejum ( ) Dieta
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central (✓)Não ( ) Sim // SVD ( )Não ( ) Sim Alergia: (✓)Não ( ) Sim Qual: Hemoderivados: (✓)Não ( ) Sim Qual: Medicação de uso contínuo: Riscos: ( )LPP ( )Queda ( )Flebite ( )Outros: Grau de Complexidade: ( )Crítico ( )Semi Crítico ( )Alta dependência ( )Intermediário ( )Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: (✓)Coletado ( )Não Coletado Qual: Hb, HT, Antibiograma Exames de Imagem: (✓)Realizado RX ( )Pendente Curativo: ( )Não (✓)Sim Local: MID. Isolamento: ( )Não ( )Sim Qual:

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: William [illegible] Bezerra **Registro:** 40066

Clínica: _____ **Enfermaria:** Ulcera **Leito:** _____

Data/Hora	Serviço Social
01/07/19	Realizada visita e orientação sobre Nome e motivo do quinto. Boletim de ocorrência e uma carta de recusa. Orientado sobre DPVAT

Fabíola Simões Xavier
Assistente Social
CRESS nº 3535 - 1ª Região/PE

CÓD. 38251

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Wilson Teixeira Barros **Registro:** 208535

Clínica: Ortopedia **Enfermaria:** / **Leito:**

Data/Hora	
	# Ortopedia / Politrauma
02/07/19	HD: fratura dos ossos do pé D
	paciente evoluindo de forma
	satisfatória, sem queixas
	CD: curativo seco
	Sol pri - OD
01/07/19	# Ortopedia #
	HD: Fratura com Osteo da Perna D
	Pt sem intercorrências
	Aguardo
	Alta cirúrgica
	EGA / AAA / LCK / Egm
	# Ortopedia

Dr. Bruno Duarte Ortopedia Traumatologia CRM-PE 26693

CÓD. 38251

Pernambuco

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Willian Manoel B **Registro:**

Clínica: **Enfermaria:** **Leito:**

Data/Hora	
	H Ortopedia
01/01/19	HD: Fratura em Osteo. de Perna D
7:00	Pct segue internado aguardando
	D/ Hto cirúrgico
	EGG/ RNM foto tórax
	Dr. Bruno Doltro Ortopedista e Traumatologia CRM/PE 26693
01/01/19	
	Dr. Leonardo [illegible] Ortopedia CRM/PE [illegible]

COD. 38251

DR(A) : REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM : 14861

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA — GESTÃO IMIP HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data	Acomodação
02.07.19	

Paciente	Sexo	Cor	Idade	Risco
William Marinho Bezerra	M	B	36	I

CRM	Nome do Anestesista	Nome do Cirurgião
1158183	Damiani	Fernando Mamede

Medicação Pré-anestésica: Ø

Urgência: [ ] NÃO [X] SIM

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura de perna direito

REG 40066
Peso: 70Kg

Horário	12.30	13.30
O_2		
N_2O		
Líquidos	500 ml / 500 ml / 500 ml	
O_2		
ETCO$_2$		
ECG	RS RS RS RS RS RS RS	

240 / 220 / 200 / 180 / 160 / 140 / 120 / 100 / 80 / 60 / 40 / 20

Anotações: Jejuo 20 - MSD - Bom fluxo

Drogas Usadas	Quantidade
Fentanil	50 mcg
Dormonid	5 mg
Cefazolina	2g
Dexametasona	10 mg
Dipirona	2g
Cefoperazona	100 mg
Ranitidina	50 mg
Bupi 0,5% hipe	17 mg
morfina	50 mg
Bupi 0,5% hipe	15 mg

Técnica Anestésica:
1. Sedação EV, com cânula nasal
2. Raquianestesia 4 posição sentada, anestesia, PL de L4-L5 paramediana, ag, Ci agulha 25 de Quincke, LCR normotímico e límpido. Bloqueio parcial (1°)

Monitorização: [X] Cardioscópio [X] Oximetro [X] PNI [ ] Sonda Vesical [ ] Capnógrafo [ ] Estet. Pré-Cordial [ ] Outros [ ] BIS [ ] Temperatura [ ] Swan-Ganz [ ] Analisador Gases [ ] PVC [ ] Estimulador de Nervo [ ] Linha Arterial [ ] Volemia IBP Plus

Encaminhado: [X] Acordado [ ] Sonolento [ ] Intubado

Destino: [X] SRPA [ ] Apart/Enf [ ] UTI [ ] Externo

Intercorrência: [X] NÃO [ ] SIM

Descrever: Morfina 50 mg / Feito (2°) punção raquidiana após 1 20', PL de L3-L4

Observações: paramediana ag com agulha 25 de Quincke, LCR normotímico e límpido, Bloqueio satisfatório

Dra. Deborah [illegible]
Médica Anestesiologista
CPF: 032.633.824-11
CRM: 13923 / SBA: 22528
Assinatura do Anestesista

Aldrati = 10

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 02/07/2019
Hora.....: 17:10

Aviso de Cirurgia : 41956
Paciente . 40066
Convênio Atend. : 1
Leito : 703
Dt. Inicio :
Cid Pré-Operatório : S823
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0004 SALA 04
WILLIAM MARINHO BEZERRA
SUS - INTERNACAO
402 - 01 - LT TRAUMA
Dt. Fim : 02/07/2019 16:12
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Atendimento :508550
Carteira :
Idade :36 Anos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 86 RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

CIRURGIAO 14861 REINALDO MENDES DE CARVALHO
ANESTESISTA 15883 DEBORA SPENCER DE CASTRO LEITAO

Descrição Cirúrgica :

DIAG : FRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA (TERÇO DISTAL)

CD : TRATAMENTO CIRURGICO

DESCRIÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. GARROTEAMENTO DE MID
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚGICOS ESTÉREIS
5 INCISÃO EM FACE LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, ACESSO POR PLANOS AO FOCO FRATURA (OBSERVA-SE COMINUIÇÃO IMPORTANTE)
6. REDUÇÃO INDIRETA (GANHO DE COMPRIMENTO), FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO E FIXAÇÃO COM 07 PARAFUSOS CORTICIAS
7. SUTURA POR PLANOS EM FERIDA OPERATORIA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. INCISÃO MEDIANA JOELHO DIREITO
2. PASSGEM DE FRESA , COLOCAÇÃO DE FIO GUIA , FRESAGEM DE CANAL MEDULAR
3. COLOCAÇÃO DE HASTE MEDULAR NUMERO 32 SOB FLUOSCOPIA
4. BLOQUEIOS DISTAIS COM USO DE GABARITO COM DOIS PARAFUSOS DISTAIS +01 PARAFUSO 3,5 ANTERO-POSTERIOR
5. BLOQUEIO PROXIMAL COM DOIS PARAFUSOS
6. LAVAGEM COM SF 0,9 %
7. SUTURA TENDÃO PATELAR , SUBCUTANEO E PELE
8. SUTURA DE PELE
9 CURATIVO

EM TEMPO: OBSERVA-SE TUMORAÇÃO OSSEA, POSSIVEL OSTEOCONDROMA EM FACE MEDIAL DE TIBIA DIREITA

Achados Cirúrgicos: **Descrição Complementar**

Marco M. de Carvalho
Traumato - Ortopedia
CRM-PE 6840

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

1. Identificação — Leito da SRPA:

Nome: Williana Marinho Data: 02/07/19 Hora: 14:30 Registro: 40066
Leito de origem: 402 - 1

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Ortopedia - Fratura Luxação
Tipo de anestesia: Raqui + sedação
Equipe: Ribamaldo Anestesista: Debora

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom ( ) Regular( ) Torporoso ( ) Grave
Respiração: ( ) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado
Sonda: ( )SVD ( )SNG ( ) SNE
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não ( )Sim Onde:
Acesso Venoso Central: ( ) Não ( ) Sim Onde:
Drenos: ( ) não ( ) sim Onde:
Sinais vitais: PA 131 x 81 mmHg FR: p/min FC: 79 p/min SaPO2: 100
Glasgow:

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15' 14:45	30' 15:00	60' 15:30	1:30 h 16:00	2:00 h 16:30	3:00 h
PA	12x80	123x77	124x78	126x86	125x80	
FR				13		
FC	78	78	79	91	91	
SaPO2	100%	99%	100%	100	100%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: FC: FR: SaPO2: Glasgow:

Destino: ( ) Enfermaria ( ) UTI ( ) Emergência ( ) Ambulatorio ( ) Residência

Data: 02/07 Horario: 17:22 Responsável pelo encaminhamento:

Alta da SRPA pelo médico:

CÓD. 38398

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

DOM HELDER CÂMARA

Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES
Registro: 40066 — Atendimento: 508550 — Dt.Cad: 21/10/2012
Nome: WILLIAM MARINHO BEZERRA — Dt. Nasc: 24/08/1982
Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO — Bairro: BARRA DE JANGADA
End: RUA FRAGOSO DE MELO — Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES
Enferm.: LEITO 06 — Leito: 217 — CNS: 206817822040000

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- [x] Confirmação sobre o paciente
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado
  - Consentimento informado realizado
- [x] Sitio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- [x] Checagem do equipamento anestésico
- [x] Oximetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?
- [x] Não
- [ ] Sim _____

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?
- [x] Não
- [ ] Sim e há equipamento disponivel

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?
- [x] Não
- [ ] Sim e há equipamento disponivel

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- [x] Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- [x] O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:
- [x] Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? Sim, red. fratura
  Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? 01h30min
- [ ] Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? Não
- [x] Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Ok

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?
- [x] Sim
- [ ] Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?
- [x] Sim RX
- [ ] Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:
- [x] Nome do procedimento realizado Trat. cirúrg. frat. osso perna
- [ ] A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica) —
- [ ] Biópsias estão identificadas com o nome do paciente —
- [ ] Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido Não
- [x] O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente
  Pos op sem

Ruana Cereja
Enfermeira
COREN PE 513337

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
BLOCO CIRÚRGICO

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

Nome: Willian Moreira Bezerra	Registro: 40066	Leito:
Procedimento Cirúrgico: Trat cirurg.	Data: 02/07/14	Hora:

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade	(✓) Encorajar verbalização dos sentimentos e medos	
	(✓) Proporcionar apoio emocional	
	(✓) Dar informação ao paciente e familiares	
	( ) Outros	
Ventilação prejudicada ( )	( ) Manter decúbito elevado	
	( ) Aspirar vías aéreas superiores de___/___h	
	( ) Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz	
	( ) Manter o paciente em posição de fowler	
	( ) Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR	
	( ) Instalar ( ) manter ( ) Anotar oximetria de pulso	
	( ) Outros	
3. Padrão de eliminação urinária ( ) Diminuído ( ) Aumentado	( ) Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h	
	(✓) Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).	
	(✓) Colocar o paciente em posição de Fowler	
	(✓) Orientar o aumento da ingestão hídrica	
	(✓) Registrar-se: (✓) Dor ao urinar ( ) Abaulamento em região suprapúbica (✓) Ausência de diurese espontânea	
	( ) Outros	
4. Dor (✓) Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa	(✓) Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico	
	(✓) Avaliar a localização e a intensidade da dor	
	(✓) Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação	
	(✓) Identificar fatores desencadeantes da dor	
	(✓) Registrar características e intensidade da dor	
	(✓) Outros	
5. Integridade tissular prejudicada ( )	( ) Descrever características da lesão	
	(✓) Realizar curativo de 24 24 h	
	( ) Realizar mudança de decúbito de ___/___ h	
	( ) Medir décubito de dreno de___/___ h	
	(✓) Manter curativo oclusivo por 24 h	
	( ) Outros	
6. Sangramento (✓) Local: _____ (✓) Leve ( ) Moderado ( ) Severo	( ) Aferir pressão arterial de ___/___h	
	( ) Manter decúbito: _____	
	(✓) Realizar curativo compressivo	
	( ) Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ( )	( ) Pinçar dreno ao transportar paciente	
	( ) Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)	
	( ) Manter repouso no leito em posição:	
	( ) Outros	

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ( )	( )Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada __/__ h	
	( )Avaliar e registrar umidade de mucosas	
	( )Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	( )Registrar turgor e elasticidade da pele	
	( )Outros	
9. Êmese ( ) Náusea (✓)	(✓) Registrar aspecto e quantidade de episódios	
	(✓) Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	( ) Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	( ) Outros	
10. Temperatura Corporal (✓) Diminuida ( ) Elevada	( ) Aferir temperatura de__/__ h / Comunicar se estiver abaixo de 35ºC ou acima de 37ºC	
	(✓) Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	(✓) Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	( ) Outros	
11. Choque hipovolêmico ( )	(✓) Aferir sinais vitais a cada 1/1 h.	
	(✓) Avaliar coloração e umidade da pele	
	(✓) Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O	
	verificar sinais como: (✓) Taquicardia; (✓) Palidez cutânea; ( ) Pulso irregular; (✓) Pele fria; (✓) Perda de consciência.	
	(✓) Outros	
12. Risco para infecção (✓)	(✓) Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	(✓) Registrar e anotar sinais flogísticos Local: F.O/AVP	
	(✓) Examinar F.O e registrar alteraçãoe (✓) dor; (✓) Calor; ( ) rubor; ( ) edema.	
	( ) Outros	
13.		
	( ) Outros	

SNG - Sonda Nasogástrica	**PA** - Pressão Arterial	**FC:** Frequência Cardíaca
SNE - Sonda Naso enteral	**HGT** - Hemoglicoteste	**AVP** - Acesso Venoso Periférico

ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	TEC. EM ENFERMAGEM - N -

ASSINATURA E CARIMBO ASSINATURA E CARIMBO

402-1

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Weldson Marcelo Bezerra Data: 08/07/19 Registro: 40066
Convênio: SUS Leito: Hora: 11:00

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Renato 1º auxiliar:
Anestesista: Dr. Dibon Instrumentador: Isabel
Circulante: Claudia

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
- Kep - Espote - Punho de faca	[redacted]	
HMII CX SS CX Hoff blog. de T. bio	[redacted]	
Grosseiro mote, ~~stryker~~ - Osteótomos	[redacted]	
- Saída PFN (grosseiro)	[redacted]	
	[redacted]	
	[redacted]	

Governo do Estado Pernambuco — Avançamos Mais

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: William Marinho Bezerra Data: 02-07-19 Hora: 11:05 Registro: 40066
Convênio: SUS Leito: Peso: Altura:

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Reinaldo Anestesista: Dra Débora
Auxiliar: 2º Auxiliar: Instrumentador: Isabel

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Cir fraturas de ossos do Pé (D) Início: 12:30 Término: 14:10
Anestesia: Raqui + Sedação Início: 11:31 Término:

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: ( ) Bom (✓) Regular ( ) Grave
Nível de Consciência: (✓) Orientado (✓) Consciente ( ) Sonolento ( ) Coma
Respiração: (✓) Espontânea ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado
Tricotomia: ( ) Sim ( ) Não
Chegou no CC em uso de: nada

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler ( ) Lateral ( ) Dorsal (✓) Ventral ( ) Ginecológica ( )
Banco de Sangue ( ) Laboratório ( ) Radiologia ( ) Peça Cirurgica: Sim ( )

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (✓) Monitor Cardíaco (✓) PNI (✓) Bomba CEC Aspirador ( )
Colchão Térmico ( ) Bisturi Ultrassônico ( ) Artroscópio ( ) Microscópio Capnógrafo ( )
Bisturi Elétrico (✓) Local da Placa nas costas
Carro de Anestesia (✓) Digrofusor ( ) Intensificador (✓)
Ap. Vídeo ( ) Bomba de Infusão ( ) Nº ( )
Oxigênio ( ) Início Término
Protóxido ( ) Início Término
Gás Carbônico ( ) Início Término
Outros:

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim ( ) Não (✓) Punção Venosa: Sim ( ) Não (✓)
Sonda Vesical de Demora: Sim ( ) Não (✓) Sonda Gástrica: Sim ( ) Não (✓)
Drenagem (Tipo e Local): Sim ( ) Não (✓)
Curativo (Tipo e Local): Sim (✓) Não ( ) Ex. U

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Ficha de anestesia anexada a prontuário do paciente
CIRURGIA:

6 - OBSERVAÇÕES: Garrote às 12:10
Retirada do Garrote às 14:10

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (✓) Narcose ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado ( )
Encaminhado para: SRPA (✓) S. Intensiva ( ) UCOR ( ) UTI ( ) Apt ( ) Residência ( )

Data: 02-07-19 Hora: 14:30 Enfermeira: Erica Circulante: Claudia

CÓD. 38607

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Nilton [illegible]	DATA:	02/07/10
CIRURGIÃO:	Dr. [illegible]	RG:	40066
ANESTESISTA:	Dr. [illegible]	AUXILIAR:	
CIRURGIA:	Fe Epistaxe de [illegible]	ANESTESIA:	Raqui
ESTRUMENTADOR:	Izabel	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruana
CIRCULANTE:	Claudia	COREN:	
ENFERMEIRA:	Erika	HORÁRIO INICIAL: 12:20	HORÁRIO FINAL: 14:30

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 4

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27

ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	

CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			

CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	

LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400

CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX

EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO

EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM

LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	

LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5

SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	

AVENTAL CIRUR.	BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAM
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 4

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36

SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20

FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

CÓD. 38407

IMIP HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

IMIP - Hospital Dom Helder Camara
BR 101 Sul Km 28 S/N
Cabo de Santo Agostinho - PE
CEP: 54510-000

PERNAMBUCO cerpe DIAGNÓSTICOS

RA: 96941995 - WILLIAM MARINHO BEZERRA 36 anos 10 meses 9 dias **Sexo :** M
Dr.(a): 14418 - MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS **Entrada:** 01/07/2019 02:24:07
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - **Posto:** 000006 - URGENCIA **Prontuário:** 40066 **Cód.SUS: Local de Entrega:** EVE-EMERGÊNCIA VERMELHA
Coleta :01/07/2019 02:24:00

Data de Nascimento :24/08/1982

HEMOGRAMA

	Resultado Atual		Resultados Anteriores (Laudo Evolutivo) 64777567 22/02/2015	49142416 02/01/2013	47712721 22/10/2012	Valor de Referência Homens	Mulheres
ERITROGRAMA							
Hemácias	**4,46** $10^6/\mu L$		4,34	5,00	4,31	4,4 - 5,9	4,0 - 5,4 $10^6/\mu L$
Hemoglobina	**14,0** g/dL		13,4	14,8	13,0	13,0 - 18,0	12,0 - 16,0 g/dL
Hematócrito	**41,8** %		40,7	44,7	38,8	40 - 52	35 - 47 %
VCM	**93,7** fL		93,8	89,4	90,0	80 - 100	80 - 100 fL
HCM	**31,4** pg		30,9	29,6	30,2	27 - 32	27 - 32 pg
CHCM	**33,5** g/dL		32,9	33,1	33,5	32 - 37	32 - 37 g/dL
RDW	15,5 %		16,7	11,9	12,7	Até 15	Até 15 %
DISCRETA ANISOCITOSE ;							
LEUCOGRAMA							
Leucócitos	**100** %	**15200** /uL	12500	7900	13300	100 %	3500 - 11000 /uL
Neutrófilos	**85,0** %	**12920** /uL	10975	5293	10813	50 - 70 %	2500 - 7000 /uL
Eosinófilos	**1,0** %	**152** /uL	100	395	106	1 - 6 %	100 - 600 /uL
Basófilos	**0,0** %	**0** /uL	13	71	13	0 - 2 %	0 - 200 /uL
Linfócitos	**11,0** %	**1672** /uL	688	1714	1436	20 - 30 %	1000 - 3000 /uL
Monócitos	**3,0** %	**456** /uL	725	427	891	2 - 12 %	100 - 800 /uL
PRESENÇA DE MODERADOS NEUTRÓFILOS HIPERSEGMENTADOS, PRESENÇA DE MODERADAS GRANULAÇÕES TÓXICAS NOS NEUTRÓFILOS.							
Plaquetas	**343.000**/µl		270	352	286	150 000 - 450 000/µL	

Nota: Baseado na orientação do International Society for Laboratory Hematology na qual deve haver uma padronização para liberação de exames de hemograma, incluindo o diferencial de leucócitos e de acordo com o Colégio Americano de Patologistas que orienta que neutrofilos bastonetes estão presentes em até 5 a 10% dos hemogramas normais, foi padronizada pelo Laboratório Centificalab do grupo DASA que a liberação de bastonetes é realizada quando estiverem acima de 6% do total de neutrofilos.

Material: SANGUE Metodo: AUTOMAÇÃO

DR*EUNICE CATARYNE DE SOUZA
BIOMEDICA
CRBM: 3633

Data Assinatura: 01/07/2019 04:47:21

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"
"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"
"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."
Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.
Rua. Dr. João Tavares de Moura, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico:DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE 5325
Data da Impressão: 02/07/2019 07:22:37 Página: 1/2

IMIP HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

IMIP - Hospital Dom Helder Camara
BR 101 Sul Km 28 S/N
Cabo de Santo Agostinho - PE
CEP: 54510-000

PERNAMBUCO cerpe DIAGNÓSTICOS

RA: 96941995 - WILLIAM MARINHO BEZERRA 36 anos 10 meses 9 dias Sexo : M
Dr.(a): 14418 - MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS **Entrada:** 01/07/2019 02:24:07
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - **Posto:** 000006 - URGENCIA **Prontuário:** 40066 **Cód.SUS: Local de Entrega:** EVE-EMERGÊNCIA VERMELHA
Coleta :01/07/2019 02:24:00

Data de Nascimento :24/08/1982

TP - TEMPO DE PROTROMBINA

		Valor de Referência:
Tempo de Protrombina	**13,6 seg.**	
64777567 - 22/02/2015 - 12,0 | 49142416 - 02/01/2013 - 11,7 | 47712721 - 22/10/2012 - 11,7 |		
Atividade de Protrombina	**91,0 %**	Atividade: 70 a 100%
64777567 - 22/02/2015 - 99 | 49142416 - 02/01/2013 - 93 | 47712721 - 22/10/2012 - 93 |		
INR	**1,06**	0,80 a 1.20
64777567 - 22/02/2015 - 1,02 | 49142416 - 02/01/2013 - 1,04 | 47712721 - 22/10/2012 - 1,04 |		

Nota: INR recomendado pela OMS para anticoagulação 2,5 a 3,5 podendo ir até 4,5 na profilaxia de acidentes tromboembólicos arteriais.

Material: PLASMA Metodo: COAGULOMETRICO

DR.ª EUNICE CATARYNE DE SOUZA
BIOMÉDICA
CRBM: 3633

Data Assinatura: 01/07/2019 03:26:38

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"
"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"
"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."
Laboratório participante do programa PEIM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.
Rua. Dr. João Tavares de Moura, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsavel Técnico:DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE:5325
Data da Impressão: 02/07/2019 07:22:37 Página: 2/2

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

Pernambuco

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: [illegible] Registro nº [illegible]

Idade: 36 Sexo: M Data da Admissão: 30/06/19 Data da Alta: [illegible]/19

Diagnósticos Definidos:

Fratura dos ossos da perna D

Conduta / Procedimentos Realizados:

Osteossíntese

Prescrição para o Domicílio:

Bisnon Dip
Novamol
Cefalexina

Informações Complementares:

Não pisar
Curativo limpo
Retorno c/ 15 dias

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM [X] Data da Consulta: [illegible] NÃO [ ]

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 85, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

PREFEITURA MUNICIPAL DO JABOATÃO DOS GUARARAPES
SECRETARIA DE SAÚDE
Gerência de Assistência a Saúde
Centro de Reabilitação e Fisioterapia

Declaração

Declaro para os devidos fins que, Willian Maurício Bezerra sob o nº de prontuário

Com HD: Fratura do TNZ (D) submeteu-se a tratamento fisioterapêutico neste serviço de reabilitação com a Drª Adryana Carvalho no período de 05/09/19 à 07/11/19 totalizando 10 sessões e ao exame, Boa recuperação funcional.

Observações importantes: Alta do TNZ preservada, força e marcha com boa evolução funcional. Encaminho para ortopedia devido colunas do MMII. Recebe orientação de exercícios para casa.

Jaboatão dos Guararapes, 07/11/19

Adryana Carvalho
Fisioterapeuta
CREFITO - 32964-F

Centro de Reabilitação e Fisioterapia

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

Pernambuco

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

FORMULÁRIO DE RETORNO

Data do Atendimento: 24/2/20

Nº Prontuário: 40066

Nome do Paciente: Wilton M. Jyano

- [ ] ECG
- [ ] Curativo
- [ ] Retirada de Ponto
- [ ] Retirada de Fio K
- [ ] Imobilização
- [ ] Psicologia
- [ ] Nutrição
- [ ] Fonoaudiologia
- [ ] Serviço Social
- [x] Alta Ambulatorial
- [ ] Retorno Data: ___/___/___

Obs.:

Pernambuco | HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA | GESTÃO IMIP HOSPITALAR

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
NOME COMPLETO:	1º Via - Farmácia 2º Via - Paciente
CRM ____ UF ____ Nº ____	
Endereço Completo e Telefone:	
Cidade ____ UF ____	

Paciente: William Marinho Bezerra

Endereço

Prescrição Cefalexina 500mg 07X
Tomar 01 cp VO 6/6h

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Ident.: ____ Órgão Emissor ____	
End.:	
Cidade: ____ UF ____	
Telefone:	Assinatura do Farmacêutico Data ___/___/___

PERNAMBUCO

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

WILLIAM MARINHO BOSCUNA

Rp

Losartan 25 1g → 01 cx

Tomar 01 cp VO 6/6h

Pernambuco | HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA | GESTÃO IMIP HOSPITALAR

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
NOME COMPLETO:	1º Via - Farmácia 2º Via - Paciente
CRM: UF: Nº	
Endereço Completo e Telefone	
Cidade UF	

Paciente: WILLIAM HAMINTHO BEZERRA

Endereço:

Prescrição: Novo Fum 30mg OK
Fauma 01 CF VO 8/8h

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Ident.: Órgão Emissor	
End.:	
Cidade: UF	
Telefone:	Assinatura do Farmacêutico Data ___/___/___

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

03/02/2020

Número: **0086508-48.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **13/12/2019**
Valor da causa: **R$ 11.812,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WILLIAM MARINHO BEZERRA (AUTOR)	**LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO)** **BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO)**
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57295294	03/02/2020 10:48	ANEXO 2	Outros (Documento)

Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: 2013062202

Nome da Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Local: JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE

Data do Acidente: 21/10/2012

Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veiculo automotor de via terrestre?

(x)Sim ( )Não ( )Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

CICATRIZ UMERO PROXIMAL E DOR

III. Há indicação da Vitima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos ( )Sim (x)Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares ( )Sim (x)Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

_____
_____

IV. Com base no exame clinico se pode afirmar que o quadro cursa com:

( )Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

_____
_____

(x)Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

MSE COM LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO EM 80º, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO INTERNA ATÉ AS NÁDEGAS, EXTENSA CICATRIZ NO ÚMERO PROXIMAL E DIMINUIÇÃO DE FORÇA NO MSE

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

( )Sim (x)Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

_____
_____

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame medico se pode documentar:

( ) Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

(x) Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

( ) Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vitima).

(x) Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vitima).

Segundo o previsto na alínea II, 1° do art. 3° da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou inferiores de uma das mãos.

Marque o percentual: ( ) 10% Risidual ( ) 25% Leve ( ) 50% Médio (x) 75% Grave

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame medico e então documentadas

Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor

_____

_____

Identificação do médico responsável pela avaliação.

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: GALDINO LEONARDO

Registro no CRM: 17727/PE

Local e Data do Exame

RECIFE 19 DE FEVEREIRO DE 2013

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: 04/03/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIAM MARINHO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 000000097377-6

Nr. da Autenticação 61DEAF9169F09E5A

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

COMPROVANTE DE RESIDENCIA *1004040*

EU William Marinho Bezerra

PORTADOR DO R.G 5.769.823 SDS-PE E CPF 050.488.964-83

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO ATUALMENTE NO

ENDEREÇO ABAIXO CITADO:

RUA/AV: Rua Carteiros, Quadra 06 Bloco 09 apto 102

Nº S/N COMPLEMENTO Conjunto Res Jardim Piedade BAIRRO Candeias

CIDADE Jaboatão dos Guararapes UF: Pe CEP 54.430-170

, 15 / 01 / 2013.

William Marinho Bezerra
(Assinatura)

22

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

LOTINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

008-550014637-4

08/JAN/2013 HORA DF 09:23:40

LOT. 15.02960-8 TERM 031398
LOCALIDADE: RECIFE
CC. VINCULADA: 2346

COMPROVANTE PAGAMENTO DE
BLOQUETO BANCOS

DATA DE VENCIMENTO: 08/01/2013
VALOR DO PAGAMENTO: 130,02

3419175348 39810972040
00173090002 2 00000000000000

Disque CAIXA - 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA - 0800 725 7474
Reclamações, sugestões e elogios

www.caixa.gov.br

008-550014637-4

VIA DO CLIENTE

Loterias CAIXA

Hipercard

FAC
9912275104 DR/SPM
BANCO ITAU
CORREIOS

CTC RECIFE PE PL4
SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA
R CARCERES SN,
BL 9 AP 102 QD 6 CJ RES NJARDIM PIEDADE
CANDEIAS
54430-170 JABOATAO DOS GUARARAPES PE

32110942303810900000025572101912 12

Data de Postagem: 19/12/2012 Data de Vencimento: 01/01/2013

Hipercard Banco Múltiplo S/A
Rua Ernesto de Paula Santos, 187
Loja 01, Recife, Pernambuco
CNPJ 03.012.230/0001-69

Endereço para Devolução
Caixa Postal 66141
CEP 05314-970
São Paulo

Para uso dos correios
☐ Mudou-se ☐ Endereço insuficiente
☐ Desconhecido ☐ Não existe o nº indicado
☐ Recusado ☐ Falecido
☐ Ausente ☐ Outros
☐ Não procurado Data ___/___/___

Responsável pela informação
☐ Morador ☐ Síndico ☐ Portaria
Entregador

DPVAT/R$ 31 JAN 2013 MB M SEGURADOR

em todo o Brasil

Tem para Contato: (81) 9638 9441 -> Sebastião (Pai da Vítima)
8144 7740 -> Maria de Fátima (mãe da Vítima)

é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: evite expor o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor e umidade excessiva e ao contato com óleos ou outros produtos químicos. Se precisar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia de documento.

Confira os dados contidos no recibo da aposta, pois ele é o único comprovante que o habilita a receber o prêmio. O prazo para receber o prêmio é de 90 dias, a contar da data da realização do concurso. Para sua segurança, guarde somente bilhetes de loterias autorizadas pela CAIXA.

ESTE RECIBO É UM TÍTULO AO PORTADOR. PARA TORNÁ-LO PESSOAL E INTRANSFERÍVEL ESCREVA NO VERSO O SEU NOME COMPLETO E NÚMERO DO CPF.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)/ 0800 726 2192 (Atendimento a pessoas com deficiência auditiva)

Ouvidoria: 0800 725 7474 (Reclamações não solucionadas e denúncias).

Loterias CAIXA

A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: evite expor o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor e umidade excessiva e ao contato com óleos ou outros produtos químicos. Se precisar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia de documento.

Confira os dados contidos no recibo da aposta, pois ele é o único comprovante que o habilita a receber o prêmio. O prazo para receber o prêmio é de 90 dias, a contar da data da realização do concurso. Para sua segurança, guarde somente bilhetes de loterias autorizadas pela CAIXA.

ESTE RECIBO É UM TÍTULO AO PORTADOR. PARA

Hipercard

Central de Atendimento Hipercard
Capitais e Regiões Metropolitanas: 3003 3030
Demais Localidades: 0800 720 3030
SAC (24h) 0800 724 4845
SAC Def. auditivo ou de fala: 0800 7244838
Ouvidoria (dias úteis das 9-18h): 0800 5700011
www.hipercard.com.br

Extrato Mensal

Demonstrativo das Movimentações

SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA
Cartão: **6062.XXXX.XXXX.3916**

Limite de Crédito Rotativo
R$ 2.200,00

Limite de Crédito Parcelado
R$ 3.300,00

Vencimento
01/01/2013

Hipercard e você

Em atendimento à Lei 12.007/09, declaramos que, com exceção dos débitos constantes nesta fatura e despesas eventualmente contestadas, os lançamentos das faturas anteriores encontram-se quitados. Esta declaração substitui os comprovantes anteriores.

Data	Movimentação	Plano	Débito	Crédito
SEBASTIAO B DA SILVA		**[3916]**		
20/JUN	LASER ELETRO	06/10	24,90	
19/JUL	LOJAS INSINUANTE	06/10	17,99	
13/AGO	PONTO PROMOCAO	05/10	27,90	
13/AGO	LASER ELETRO	05/05	51,80	
06/DEZ	PAGAMENTO FICHA COMPENS		0,00	132,38
18/DEZ	MULTA POR ATRASO		2,59	
18/DEZ	ENCARGOS DE ATRASO		0,89	
18/DEZ	IOF DE FINANCIAMENTO		0,04	
18/DEZ	JUROS DE FINANCIAMENTO		3,70	
18/DEZ	JUROS DE MORA		0,21	
SUBTOTAL DESPESAS/ENCARGOS			**130,02**	

Taxas praticadas nesta fatura

Juros de financiamento	16,71% a.m	
Juros de mora	1,00% a.m	
Multa por atraso	2,00%	
Encargos para o próximo período		
Juros máximo de financiamento	17,56% a.m	615,85% a.a.
Encargos máximos em caso de pagamento mínimo	R$ 19,07	
Custo total (CET)		
Do financiamento	18,06% a.m	654,02% a.a.
Das compras parceladas administradora	8,51% a.m	197,62% a.a.
Das compras parceladas nas lojas da rede Todo Dia, Sam's, Maxxi e Walmart Supercenter	5,16% a.m	82,18% a.a.
Do parcelamento da fatura	6,09% a.m	105,29% a.a.
Do pagamento de contas	2,49% a.m	34,88% a.a.
Parcelamento desta fatura		
Juros parcelamento da fatura	5,90% a.m	100,06% a.a.
Valor total de parcelamento desta fatura	R$ 202,50	
Valor do IOF	R$ 1,64	

IOF vigente: 0,0041% ao dia + alíquota de 0,38%

Data de fechamento (emissão): 18/12/2012

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 18/01/2013

*Valores assinalados não compõe saldo a pagar.

Saldo Anterior	Créditos e Pagamentos	Saldo Restante (A)	Débitos do Período (B)	Total a Pagar (A+B)
R$ 132,38	R$ 132,38	R$ 0,00	R$ 130,02	R$ 130,02

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Para outras opções de parcelamento desta fatura, consulte a Central de Atendimento Hipercard para Você ou vá até uma Casa Hipercard.

Parcelamento da Fatura
18x R$ 11,25

Pagamento Mínimo
R$ 24,46

Programa de Pontos

Saldo de Pontos Acumulados em 12/2012: 0
Pontos a Expirar em 02/2013: 0
Os pontos adquiridos nesta fatura serão demonstrados no saldo de pontos da próxima fatura. Condicionado ao pagamento mínimo desta fatura.

Valor Pago
R$

Autenticação Mecânica

COMPRAVACAO DE ATO DECLARATORIO

JABOATÃO
DOS GUARARAPES

SAMU
192

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 605.000
EM: 08.11.12

Atendendo ao requerimento do Sr. **WILLIAM MARINHO BEZERRA, RG: 5.769.823- SDS/PE, CPF: 050.488.964-83,** constam em nossos arquivos a ocorrência de **Nº 779.487** do dia 21 de Outubro 2012, onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 16h 00min vítima de ATROPELAMENTO (Pedestre) o acidente aconteceu na Av. Bernardo Vieira de Melo S/N, Piedade – Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para UPA de Barra de Jangada.

Jaboatão, 08 de Novembro 2012

p/ **Silvana Siqueira da Silva**
Coordenação Geral SAMU 192
Jaboatão dos Guararapes

MBM
SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML *1004029*

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, William Moreira Bezerra, portador da carteira de identidade nº 5.469.823 e inscrito no CPF/MF sob o nº 050.488.964-83 residente e domiciliado na Rua Carcará, Quadra 06 Bloco 09 ap.º 102 - Candeias Cidade Jaboatão dos Guararapes 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

(X) 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.

William Moreira Bezerra

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Jaboatão dos Guararapes, 15.01.2013

Local e data

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

BOLETIM DE OCORRENCIA *1004026*

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 022A. CIRCUNSCRICAO - PIEDADE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 12E0112005604

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/11/2012 às 11:46

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 21/10/2012 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 1, PRÓXIMO A ESTAÇÃO DE METRÔ
Bairro: PRAZERES - Município: JABOATAO DOS GUARARAPES - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
MOTORISTA DESCONHECIDO (AUTOR\AGENTE)
WILLIAM MARINHO BEZERRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

SDS/PE 6ª USPC 22ª Circunscrição Piedade

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

(VITIMA) - WILLIAM MARINHO BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO; Pai: SEBASTIÃO BEZERRA DA SILVA Data de Nascimento: 24/8/1982;
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 6769923/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A); Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO, Profissão: ESTUDANTE; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: 88389441
Motivo da Viagem: OUTROS
Endereço Residencial: RUA CARCERES, 1, QUADRA 06, BLOCO 08, APTº 102, 55000-000, CANDEIAS, JABOATAO DOS GUARARAPES, PERNAMBUCO, BRASIL
Endereço Comercial: NÃO INFORMADO
Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

(AUTOR\AGENTE) - MOTORISTA DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
Mãe: NÃO INFORMADO; Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: NÃO INFORMADO; Naturalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO
Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO;
Telefone Celular: NÃO INFORMADO
Endereço Residencial: NÃO INFORMADO
Endereço Comercial: NÃO INFORMADO
Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

MBM SEGURADORA 31 JAN 2013 DPVAT/RJ

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

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA ATRAVESSAVA A ESTRADA DA BATALHA EM PRAZERES, JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA, SENDO CONDUZIDO PELO SAMU PARA UPA DE BARRA DE JANGADA E DE LÁ REMOVIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO, FICANDO CONSTADADA A FRATURA NO OMBRO ESQUERDO, ALÉM DE ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

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

WILLIAM MARINHO BEZERRA
(VITIMA)

B.O. registrado pelo policial: **IVAN MORAES DE MESQUITA** - Matricula: **220916-0**

SDS/Polícia Civil - PE
6ª USPC
22ª Circunscrição
Piedade

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

Nº DO SINISTRO _____ **(CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a 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, William Marinho Bezerra PORTADOR/A DO RG Nº 5.969.823 EXPEDIDO POR SDS - PE EM 27/05/2010 CPF/CNPJ Nº 050.488.964-83 PROFISSÃO Estudante E RENDA MENSAL DE R$ 4 salários NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA William Marinho Bezerra AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT/ MBM A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

AUTORIZACAO DE PAGAMENTO *1004039*

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os ban... verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

( ) **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA **(INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)** _____
Nº CONTA CORRENTE _____

( ) **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA **(INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)** _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

( ) **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA **(INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)** _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

( ) **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA **(INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)** _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

(X) **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA **(INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)** 1580
Nº CONTA POUPANÇA 00097377-6

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

LOCAL Jaboatão dos Guararapes **DATA** 15/01/2013

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A William Marinho Bezerra

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 seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares** (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP).
- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse **www.dpvatseguro.com.br** ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- A Circular Susep nº 380/08, 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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
BANCO: 104 AGENCIA: 1580
DATA: 15/01/2013 HORA: 16:08:47
TERMINAL: 1004 NSU: 003855 AUT.: 0103

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1580/013/00097377-6
NOME: WILLIAM M BEZERRA
DEPOSITANTE:
0 .

VALOR TOTAL: 10,00
VALOR DINHEIRO: 10,00

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474
www.caixa.gov.br

1a Via - Via do Cliente

agência = 1580
operação = 013
Conta Poupança = 00097377-6

Fone para contato: (81) 9638 9441 → Sebastião (Pai da Vítima)
81447740 → Maria de Fátima (mãe da vítima)

2\

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU William Marcelino Siqueira

PORTADOR DO R.G 4.147.823 SSP-PB CPF 950.188.714-83

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO ATUALMENTE NO

ENDEREÇO ABAIXO CITADO:

RUA/AV: Rua Cantina Quadra 06 Bloco 09 apt 102

Nº 30 COMPLEMENTO Conjunto Ferdinando BAIRRO Gonduina

CIDADE Paulista UF: PE CEP 54.130-170

15 / 01 / 2013.

William Marcelino Siqueira
(Assinatura)

MBM
SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA WILLIAM MARINHO MEZINHA

DATA DO ACIDENTE 21/01/12 CPF DA VÍTIMA 050.480.964-83

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO D. MUSA

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CACHEL

Nº 82 COMPLEMENTO BAIRRO S. PEDRO

CIDADE SABARÁ UF MG CEP 34430-170

E-mail TELEFONE ( )

OUTROS

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊN DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFI OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

MBM SEGURADORA 01 JAN 2013 DPVAT/RJ

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA	DATA 01/02/13
IDENTIDADE J-69 823	NOME
ASSINATURA	ASSINATURA

LAUDO DO IML – LESOES CORPORAIS *1004033*

Cópia

Recebe em 15.01.2013

Alexandre Cunha Ramos
Agente de Polícia
Mat. 221 787-2

07/11/12
16:50

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

LAUDO TRAUMATOLÓGICO - Nº. 25341 / 11.2012 - Recife

REQUISITADO POR: **22ª CIRC/ PIEDADE/ JABOATÃO/ PE** Oficio nº. **315/2012** Data: **07 de Novembro de 2012**

ENCAMINHAR PARA: 22ª CIRC

O Médico Legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Gestor do Instituto Médico Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinado às **16:43** horas do dia **07/ de novembro** de 2012, na Seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de: **WILLIAM MARINHO BEZERRA** , filho(a) de **SEBASTIÃO BEZERRA DA SILVA** e **MARIA DE FÁTIMA SOARES MARINHO** de cor **branca** , sexo **feminino** , cabelos **castanhos** *, barba *** *, estado civil **solteira**, aparentando a idade de **30** anos, peso Kg, com cm de estatura, residente à **RUA CÁRCERES QUADRA 06 BLOCO 09 APTº 102** nº **S/N**, bairro **CANDEIAS**, município **JABOATÃO**, Estado **PE**, natural de **RECIFE / PE**, nacionalidade **BRASILEIRA**, documento apresentado **RG Nº 5.769.823**, profissão **ESTUDANTE**; vestes ***, sinais particulares ***, local da ocorrência ***, verifica o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

1º Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado? **SIM.**
2º Qual o instrumento ou o meio que a ocasionou? **INSTRUMENTO CONTUNDENTE.**
3º Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar) **SIM. INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE 30 (TRINTA) DIAS. PREJUDICADO QUANTO À DEBILIDADE. AGUARDO EXAME COMPLEMENTAR APÓS NOVENTA DIAS**
4º Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar) **PREJUDICADO QUANTO À DEBILIDADE. AGUARDO EXAME COMPLEMENTAR APÓS NOVENTA DIAS**

***** HISTÓRICO –Periciando vítima de acidente de trânsito (atropelamento) em 21/10/2012. Foi atendido no Hospital D. Hélder Câmara, de onde traz ficha de esclarecimento assinada pelo Dr. Osvaldo Lara Júnior, CRM 17933, que diz: "fratura de úmero".**

***** DESCRIÇÃO – Ao exame o periciando encontra-se com o membro superior esquerdo imobilizado, e com bandagens cirúrgicas .**

***** EXAMES SOLICITADOS / RESULTADOS –**
***** DISCUSSÃO / CONCLUSÃO – Periciando ainda em tratamento. Deverá fazer exame complementar após término do mesmo, portando laudo especializado que detalhe diagnóstico final e prognóstico .**

Lido e achado correto o médico legista que assina Dr(ª): **PEDRO DE ALBUQUERQUE LAPA - CRM 8111**

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

Perito

Chefia do Cartório

SDS/PE Polícia Civil
22ª Circunscrição
Piedade

Dig. CS

Polícia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia da 22ª Circunscrição
Piedade
Data: 03 / 12 / 20 12
PROTOCOLO Nº 1056
Funcionário Matrícula

SDS/Polícia Civil
6ª USPC
22ª Circunscrição
Piedade

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
D.G.O.J. G.P.R.M.
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 22ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE

Ofício Nº. 039/2013-Exame Complementar ao Laudo nº 25.341 1/2012

Jaboatão dos Guararapes, 17 de janeiro de 2013

Senhor Gestor,

Encaminho a V. Sa., a fim de que seja submetida a **EXAME TRAUMATOLÓGICO** a pessoa abaixo descriminada.

NOME: WILLIAM MARINHO BEZERRA
DATA DE NASCIMENTO: 24/05/1982
NATURALIDADE: Recife/PE
FILIAÇÃO: Sebastião Bezerra da Silva e Maria de Fátima Soares Marinho
ENDEREÇO: Rua Cáceres, Quadra 66, Bloco 09, Apt° 162,
Candeias, Jaboatão dos Guararapes/PE.

Informo que o referido laudo deverá ser remetido a esta 22ª Circunscrição Policial – Delegacia de Piedade.

RECIBO

DATA - 10/07/13
HORA - 13:00hs

Trazer no dia AGENDADO, OFICIO com este recibo anexado, mais COPIA documento pessoal e cópias da Ficha Esclarecimento do Hospital e/ou laudos médicos. (Se Exame Complementar, trazer o resultado do exame feito no IML)

Atendimento por ordem de chegada!

Pernambuco
Lilian Ferreira da Silva
Aux. de Legista
Mat. 296232-2

Atenciosamente,

ANA AMÉLIA DE CARVALHO COELHO
Delegada de Polícia

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

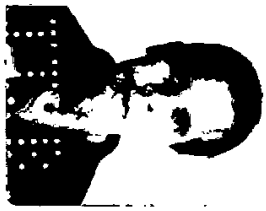
Ilmo. Sr.
Gestor do INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL PERICIA
RECIFE – PE.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

CAC-01

DOBRAR DIREITO



William Marinho Bezerra
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO
1004037

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.769.823

DATA DE EXPEDIÇÃO 27/05/2010

NOME
<< WILLIAM MARINHO BEZERRA >>

FILIAÇÃO
<< SEBASTIÃO BEZERRA DA SILVA >>
<< MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO >>

NATURALIDADE
RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO
24/08/1982

DOC ORIGEM << CN.60296 L.52-A F.42 CART.CASA
AMARELA - RECIFE-PE 01.09.82 >>

CPF
050.488.944-63

ASSINATURA DO DIRETOR

CEI Nº 7-1006-2003

F-39 30.130 - 3022

MBM
SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

MBM
SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

Secretaria de Saúde

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA — PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO — GESTÃO IMIP HOSPITALAR

Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: William Maurício Bezerra Registro nº 40066

Idade: 30 Sexo: ____ Data da Admissão 22/10/12 Data da Alta: 30/10/12

Diagnósticos Definidos: Ft de Úmero

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR *1004031*

Conduta / Procedimentos Realizados: Drenagem Ferida Fechada

Prescrição para o Domicílio: Analgésico Antibiótico

Informações Complementares:

5

M B M SEGURADORA 31 JAN 2013 DPVAT/RJ

Programação após Alta: Ambulatório de Egresso: SIM ☐ Data da Consulta: __/__/____ NÃO ☐

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE

HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA

HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
CENTRO DIAGNÓSTICO
TOMOGRAFIA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

Data: 22/10/2012
Hora: 06:49:17
SAME:

Pedido: 88735 **Atendimento:** 118874 **Idade:** 30a 1m 29d
Paciente: 40066 WILLIAM MARINHO BEZERRA
Médico Solicitante: CRM - 17726 IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
Data da Solicitação: 22/10/2012 **Hora:** 06:17:58 Dt. Realiz.....: 22/10/2012
Convênio: SUS/SIA AMB/URG **Origem da Solicitação:** UPA BARRA DE JAGANDA
Unidade Internação: **Enfermaria:** **Leito:**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

Indicação:
Fratura do umero.

Analise:
Foram realizados cortes tomográficos axiais do ombro esquerdo, em aparelho multidetector, com posterior reconstruções, que evidenciaram:

Fratura completa da porção proximal do umero, no nivel do colo cirurgico, com deslocamento superior e posterior da cabeça umeral.
Demais estruturas ósseas regionais íntegras. Textura óssea normal.
Aumento de partes moles regionais relacionada ao trauma.

Dr(a): Regina Alves
CRM: 13864

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA - BARRA DE JANGADA - JABOATÃO

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

Atendimento: 289400
Data e Hora: 21/10/2012 16:57

Senha da Classificação: 0171

Paciente: 71480 WILLIAN MARINHO BEZERRA **Sexo:** MASCULINO
Data do Nascimento: 24/08/1982 **Idade:** 30 anos **Convenio:** 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe:: MARIA DE FATIMA SOARES MARINHA **Nome do Pai:** SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO **Nome do Médico:** CLAUDIA BARBOSA ALMEIDA **CRM:** 17724
Endereço: CAATIBA BLOCO 9 -- 6 **Bairro:** CANDEIAS
Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE **Cep:** 54480230 **Usuário Atendimento:** MONI[illegible]
RG (Identidade): 5769823 SDS-PE **Data de Emissão:** 27/[illegible]
CPF (Cadastro de Pessoa Fisica): **Fone:** 963[illegible]4441
CRN(Certidão de Registro de Nasc): **Data de Emissão CRN**

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:_____ Altura:_____ Temperatura:_____ Hora:_____

Queixa Principal
Pct c/ histórico de atropelamento há ± 2h c/ dor em membro ↺. Trazido pelo SAMU após (não há histórico alergia). Nega náusea e demais. Pct consciente deambulando.

Exame Fisico
ECG, eupneico, hemodinamicamente estável. GCS 15. Edema em membro ↺ c/ equimose hipocrômica. Pct não colaborativo. C/ exame físico. Pct deambulando. Sinais em pele

Hipotese Diagnostico

Conduta Terapeutica
Rx: fratura de ossos proximal c/ luxação

Prescrição Médica
① Tipoia.
② Volta em 1M.
Ao: MDH
SENHA: 3985358
VIP SAMU

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência
Transferido:
Para:_____ Senha:_____

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

Carimbo Médico

UPA 24h

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

DATA: 21 / 10 / 12 HORA: ___:___

IMIP

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: William Fernandes Bezerra Número do Atendimento: ___
Idade: 30 a Acompanhado por: ___

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Trazido pelo SAMU / histórico de atropelamento com dor em MSE

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

( )Alergias Quais: Dexametasona ( )Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Cardiopatia ( )Diabetes ( )HAS
( ) Epilepsia ( ) Depressão ( ) Câncer ( )Doenças pulmonar ( ) Outras ___

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ( ) Bom (✓) Regular ( )Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

(✓) Normocorado ( )Hipocorado ( ) Acianótico ( ) Cianótico (✓) Anictérico ( ) Ictérico ( ) Pele fria ( ) Pele úmida ( ) Reações Alergicas
( ) EDEMAS ( ) Face ( ) Pálpebra ( ) MMSS ( )MMII ( ) Anasarca
( ) ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: ___

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (✓) Consciente ( )Inconsciente (✓) Orientado ( )Desorientado ( )Toporoso ( )Sedado
PUPILAS: ( ) Normais ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )Estrabismo ( ) Midríase ( ) Miose ( )Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: (✓) Cooperativo ( ) Choroso ( )Irritado ( )Sonolento ( )Ansioso ( )Agitado

8. SINAIS VITAIS

(✓) Afebril ( ) Febril T. AXILAR= ___ °C FR ___ IPM Sat O2= ___ (✓) Eupneico ( ) Dispneico ( )Traqueostomia ( ) Entubado
MURMÚRIOS VESICULARES: (✓) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos RUÍDOS ADVENTÍCIOS: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Crepitantes FC ___ bpm
PA: 120 X 70 mmHg PULSO: ( ) Filiforme ( ) Cheio ( )Rítmico ( )Ausente ACESSO VENOSO: ( ) Periférico ( ) Jugular ( ) Subclávia

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: (✓) VO ( )Aceita bem ( ) Parcialmente ( ) Não aceita ABDOME: (✓) Flácido ( ) Tenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( )Doloroso ( ) Plano
( ) Ascítico ( ) Gravídico EVACUAÇÃO: (✓) Normal ( ) Constipação ( ) Flatos ( ) Diarréia Nº evacuações ___ Aspecto: ( ) Normal ( ) Mucoso
( ) Líquida ( ) Melena ( ) Odor fétido ( )Odor característico ( ) ÊMASE Aspecto: ( ) Hematêmase ( ) Com resíduo alimentar

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: (✓) Presente Aspecto: SIA ( ) Ausente ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) SVA ( ) Gastostomia ( ) Irrigação ( ) Anúria
( ) Disúria ( ) Hematúria ( ) Oligúria ( ) Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: (✓)Ativa ( )Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: (✓) Sim ( ) Não FORÇA MOTORA: ( )Sim ( ) Não ( ) PARESIA Local: ___
( ) AMPUTAÇÃO Local: ___ ( ) GESSO Local: ___ ( ) TALA GESSADA Local: ___
Outros: ___

12. OBSTETRÍCIA

PERNAMBUCO

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
BARRA DE JANGADA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: William Lucinho Bezerra Registro:

Responsável: Contato:

Data/Hora	
21.10.12	Paciente acompanhado via ambulância pelo SAMU com História de atropelamento/colisão em outro de MSE. Veículo em direção aguardando transferência para o HDM. Evolui com ECG piorado, consciente, alerta ou orientado, eupneico, afebril, normotenso, admitindo seu álbuns; eliminações fisiológicas ⊕. descorada, alerta, acompanhada, mucosas coloração pálida. PA 120 x 70 mmHg, HGT. 126 mg/dl. Sigo em cuidados de Juliana Cardinal Enfermeira COREN 9802

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

PERNAMBUCO

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Barra de Jangada

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

William Moreira Bezerra.

ID NBH

SGMMR 2985358.

ALTA

Pcte de 30 anos retornou
ao quarto após atendimento
c/ dor em ombro. Ø.
Pcte refere cirurgia em
bilóbio ambulatorial
deixou. aguardando! Ao
momento ECG 12 .

Prosseguir com tratamento!

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

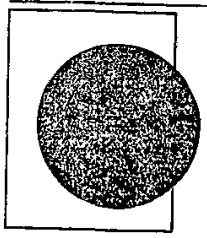
10

MBM
SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

UPA 24 HORAS - BARRA DE JANGADA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo IMIP HOSPITALAR (SUS-BH)

21/10/2012 16:54



Nome Paciente: WILLIAN MARINHO BEZERRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/08/1982
Sexo: Masculino
Idade: 30
Senha: 0171
Convênio: -
Atendimento:

21/10/2012 16:54 - EDILSON BERNARDO DA SILVA - classificação ALTA

Prioridade:	AMARELO - URGENCIA
Cor:	
Queixa Principal:	PACT TRAZIDO PELO SAMU COM COM HISTORIA ATROPELAMENTO COM DOR EM OMBRO ESQUERDO
Alergia:	DESCONHCE
Observação:	-
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- FRATURA SEM DEFORMIDADE
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- HGT: 126.00 MG/DL - P.A.DISTOLICA: 70.00 MMHG - P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
Recursos Utilizados:	-
Intervenções Salva Vida:	-
Situações de Alto Risco:	-

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

Saída 18:00

Acolhido(a) por: EDILSON BERNARDO DA SILVA

519-02

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) William Marinho Bezerra foi atendido (a) neste serviço no dia: 30/10/12 CID: S42

- [x] Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).
- [ ] Estando apto para voltar ao trabalho.
- [ ] Como acompanhante.
- [ ] Outros: _____

Cabo 30 de 10 de 2012

Médico

12

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

503 -4

GOVERNO DE Pernambuco — SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) William Moreira Bezerra foi atendido (a) neste serviço no dia: 02/01/13 CID: Fratura Úmero Proximal E

- [x] Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola) / Quirurgi
- [ ] Estando apto para voltar ao trabalho.
- [ ] Como acompanhante.
- [ ] Outros: _____

Cdo, 07 de 01 de 20 13

Dr Ênio K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM 15926
Médico

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

William Moreira Bezerra

Laudo:

Declaro para devidos fins que William Moreira Bezerra foi submetido a tratamento cirúrgico neste serviço e está em acompanhamento ambulatorial

CID-10: S-42.2

Dr. Érico K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM 15926

14/11/12

MBM SEGURADORA
31 JAN 2013
DPVAT/RJ

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013062202
Cidade: Jaboatão dos Guararapes
Natureza: Invalidez
Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA
Data do acidente: 21/10/2012
Emissor do parecer: GALDINO LEONARDO
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
Prestadora: SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.
CRM do médico: 17727

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME COM MSE COM LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO EM 80º, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO INTERNA ATÉ AS NÁDEGAS, EXTENSA CICATRIZ NO ÚMERO PROXIMAL E DIMINUIÇÃO DE FORÇA NO MSE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO PARCIAL REFERENTE AOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 19/02/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: GALDINO LEONARDO

UF do CRM do médico: PE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70	1	75

Valor avaliado: 7.087,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013062202 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez

Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA **Data do acidente:** 21/10/2012 **Emissor do parecer:** Arnaldo Kacelnik

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A **Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA **CRM do médico:** 312915

PARECER

Data da análise: 15/02/2013

Valoração do IML:

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura em úmero E

Resultados terapêuticos: TTO conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: Arnaldo Kacelnik

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			

Valor avaliado: 0,00

Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: 2013062202

Nome da Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Local: JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE

Data do Acidente: 21/10/2012

Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veiculo automotor de via terrestre?

(x)Sim ( )Não ( )Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

CICATRIZ UMERO PROXIMAL E DOR

III. Há indicação da Vitima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos ( )Sim (x)Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares ( )Sim (x)Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

_____
_____

IV. Com base no exame clinico se pode afirmar que o quadro cursa com:

( )Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

_____
_____

(x)Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

MSE COM LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO EM 80º, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO INTERNA ATÉ AS NÁDEGAS, EXTENSA CICATRIZ NO ÚMERO PROXIMAL E DIMINUIÇÃO DE FORÇA NO MSE

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

( )Sim (x)Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

_____
_____

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame medico se pode documentar:

( ) Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

(x) Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

( ) Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vitima).

(x) Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vitima).

Segundo o previsto na alínea II, 1° do art. 3° da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou inferiores de uma das mãos.

Marque o percentual: ( ) 10% Risidual ( ) 25% Leve ( ) 50% Médio (x) 75% Grave

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame medico e então documentadas

Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor

_____

_____

Identificação do médico responsável pela avaliação.

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: GALDINO LEONARDO

Registro no CRM: 17727/PE

Local e Data do Exame

RECIFE 19 DE FEVEREIRO DE 2013

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

03/02/2020

Número: **0086508-48.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **13/12/2019**
Valor da causa: **R$ 11.812,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WILLIAM MARINHO BEZERRA (AUTOR)	**LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO)** **BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO)**
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57295293	03/02/2020 10:48	ANEXO 3	Outros (Documento)

Seguradora Líder • DPVAT

seguro DPVAT 40 ANOS

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2015

Carta n°: 6819078

A/C: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Sinistro:	**3150348906**
Vitima:	**WILLIAM MARINHO BEZERRA**
Data Acidente:	**21/02/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/04/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/02/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Laudo do IML - Lesões corporais
- Outros

Pag. 00135/00136 - carta_03

00050068

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 MBM SEGURADORA 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

seguro DPVAT 40 ANOS

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2015

Carta n°: 7144279

A/C: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Sinistro:	**3150348906**
Vítima:	**WILLIAM MARINHO BEZERRA**
Data Acidente:	**21/02/2015**
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

Pag. 01561/01562 - carta_02

00080781

Seguradora Líder • DPVAT

seguro DPVAT 40 ANOS

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2015

Carta n°: 7295740

A/C: WILLIAM MARINHO BEZERRA

Sinistro:	**3150348906**
Vitima:	**WILLIAM MARINHO BEZERRA**
Data Acidente:	**21/02/2015**
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: **WILLIAM MARINHO BEZERRA**
Valor: **R$ 4.725,00**
Banco: **104**
Agência: **000001580**
Conta: **0000097377-6**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**4.725,00**

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

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: 25/06/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIAM MARINHO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 000000097377-6

Nr. da Autenticação A1CF89151A7AC804

Seguradora Líder · DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃ

Autorização de pagamento
0014

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, WILLIAM MARINHO BEZERRA,
PORTADOR(A) DO RG Nº 5769823 EXPEDIDO POR SDS EM 27/05/10 E
CPF 050488969-83 /CNPJ ___-___-___, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO, 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1580 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00097377-6

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.

Rec/e, 11 de ABRIL de 2015 — William Marinho Bezerra
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.

A LÍDER SEGURADORA

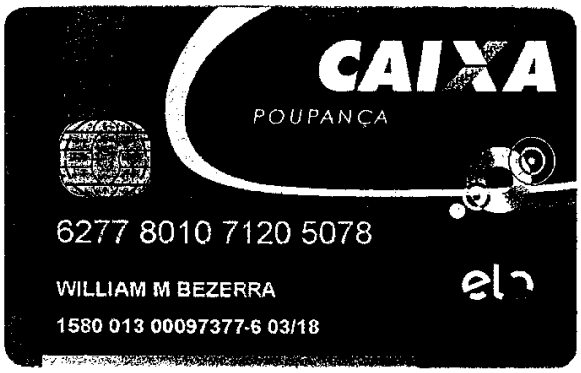
N e s t a ,

Eu , WILLIAM MARINHO BEZERRA ,
RG Nr 5769823 , CPF Nr 050488964-83,
venho através desta comunica que a conta
poup. , do Banco , CEF informada
nesse sinistro , não tem limite de movimento.

Atenciosamente ,

William Marinho Bezerra

pp vat.


CAIXA
POUPANÇA
6277 8010 7120 5078
WILLIAM M BEZERRA
1580 013 00097377-6 03/18
elo

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Outros
0029

Eu, WILLIAM MARINHO BEZERRA, portador da carteira de identidade nº 5769823 e inscrito no CPF/MF sob o nº 050.488.964-83 residente e domiciliado na RUA CARCERES BL 9-QD 6 Apt. 102 CANDEIA Cidade JABOATÃO, Estado PE, 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.

William Marinho Bezerra

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife, 11/5/15

Local e data

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

CAC-01

POLEGAR DIREITO

William Marinho Bezerra
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.769.823

DATA DE EXPEDIÇÃO 27/05/2010

NOME
<< WILLIAM MARINHO BEZERRA >>

FILIAÇÃO
<< SEBASTIÃO BEZERRA DA SILVA >>
<< MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO >>

NATURALIDADE
RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO
24/08/1982

DOC ORIGEM << CN.60296 L.52-A F.42 CART.CASA AMARELA - RECIFE-PE 01.09.82 >>

CPF
050.488.964-83

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 9.454 DE 7/4/1997

F-39 30.130 - 3022

Documentos de Identificação
0012

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

050.488.964-83

WILLIAM MARINHO BEZERRA

24/08/1982

Tone
Contato

(81) 96389441
8144.7740
8203.0469
8569.25.56

Documentação médico Hospitalar
0006

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

Secretaria de Saúde
PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL IMIP

Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: William Moreno Bezerra Registro nº 40066
Idade: _____ Sexo: _____ Data da Admissão: 31/02/15 Data da Alta: 24/02/15

Diagnósticos Definidos: Fratura multifocal

Conduta / Procedimentos Realizados: Osteossíntese com PFN

Prescrição para o Domicílio: Ciprofloxacina + Predoxa + Dimelgesic

Informações Complementares: Retorno ambulatorial após 2 semanas
Analgesia com opioide
Anticoagulação diária

Programação após Alta: Ambulatório de Egresso: **SIM** [X] **Data da Consulta:** __/__/__ **NÃO** [ ]

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 85, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) William Marinho Bizerra foi atendido (a) neste serviço no dia: 21/02/15 CID: _____

- [x] Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola). (quinze)
- [ ] Estando apto para voltar ao trabalho.
- [ ] Como acompanhante.
- [ ] Outros: _____

Cabo, 24 de fevereiro de 2015.

Médico

DOM HELDER CÂMARA

Secretaria de Saúde PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 07/04/2015

Nº PRONTUÁRIO: 40066

NOME DO PACIENTE: William Moriuno Bezerra

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: fratura fêmur proximal direita

CID: S72.8

OBS.:

Nº DIAS: _____( ) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Drª Nayara G. Souza
Médica
CRM 22464
Assinatura do Médico
Carimbo

Comprovante de residência
0015

CAIXA

FAC
9912285889/2011-DR/BSB/SPM
CAIXA
Correios

0392 - CTC RECIFE PE PL5 DATA DE POSTAGEM 10/03/2015

WILLIAM M BEZERRA
R CARCERES BL 9 QD 6 AP 102 CANDEIAS
54430-170 JABOATAO DOS G PE

28916625

7211307021455550000013680830100315

2015

SAC CAIXA
(informações, reclamações, sugestões e elogios)
0800 726 0101

0800 726 2492

Ouvidoria CAIXA
0800 725 7474

www.caixa.gov.br

CAIXA

INFORME DE RENDIMENTOS FINANCEIROS
ANO-CALENDÁRIO DE 2014
IMPOSTO DE RENDA - PESSOA FÍSICA

1 - IDENTIFICAÇÃO DA FONTE PAGADORA

Nome Empresarial	*Nº do CNPJ*
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	**00.360.305/0001-04**

2 - PESSOA FÍSICA BENEFICIÁRIA DOS RENDIMENTOS

CPF	*Nome Completo*
050.488.964-83	**WILLIAM M BEZERRA**

3 - RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS NA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - VALORES EM REAIS

Especificação	*Rendimentos Resgatados*	*Imposto Retido na Fonte*
FAPI - FUNDO DE APOSENTADORIA PROGRAMADA INDIVIDUAL		

4 - RENDIMENTOS ISENTOS - VALORES EM REAIS

Especificação	*Saldos em 31/12/2013*	*Saldos em 31/12/2014*	*Rendimentos*
1.1 Poupança	4.705,69	2.085,34	241,04
1.2 Poup. Habitacional	0,00	0,00	0,00
1.3 Letra de Crédito Imobiliário	0,00	0,00	0,00
2.0 FMP - Rend. Equiv. FGTS	0,00	0,00	0,00
Total dos Rendimentos Isentos de Tributação			241,04

5 - RENDIMENTOS SUJEITOS À TRIBUTAÇÃO EXCLUSIVA - VALORES EM REAIS

Especificação	*Saldos em 31/12/2013*	*Saldos em 31/12/2014*	*Rendimentos Líquidos*
01 Fundos de Investimento			
Fundo de Investimento - 6800*	0,00	0,00	0,00
Ff Ações - Fundo de Ações - 6813*	0,00	0,00	0,00
Total Fundos de Investimento	0,00	0,00	0,00
* - Código de Retenção do IRRF			
02 Aplicações de Renda Fixa			
CDB/RDB	0,00	0,00	0,00
CAIXA Reaplicação Automática	0,00	0,00	0,00
Títulos Tesouro Direto	0,00	0,00	0,00
Total de Renda Fixa	0,00	0,00	0,00
03 Operações de SWAP			0,00
Total dos Rendimentos Líquidos de Aplicações Financeiras, sujeitos à Tributação Exclusiva			0,00

6 - CONTAS CORRENTES - VALORES EM REAIS

Especificação	*Saldos em 31/12/2013*	*Saldos em 31/12/2014*
1.1 Conta Livre Movimentação	0,00	0,00
1.2 Conta Investimento	0,00	0,00
Total Contas Correntes	0,00	0,00

7 - CRÉDITOS EM TRÂNSITO

Especificação	*Valores em 31/12/2013*	*Valores em 31/12/2014*
01 Fundos e Clubes de Investimento	0,00	0,00
02 Demais		

8 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Contas Vinculadas ao CPF
013.00097377.6

Agência	*Data de Emissão*
1580.6	**21/02/2015**

Disque Caixa: **0800 - 726 0101** **http://www.caixa.gov.br**	*Ouvidoria CAIXA:* **0800 725 7474** *(reclamações, sugestões e elogios)* **0800 726 2492** *(para pessoas com deficiência auditiva)*

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

Comprovação de ato declaratório
0005

CERTIDÃO

Certidão nº 2015APH000562 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). SEBASTIAO BEZERRA DA SILVA, 59 anos, BRASILEIRA(a), DIVORCIADO(a), RG nº 1595815 SSP/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 192.784.204-25, residente à RUA JÕAO FRAGOSO DE MEDEIROS, nº S N, QD 06 BL 12 APT 02, CANDEIAS, JABOATAO DOS GUARARAPES-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 21/02/2015, por volta das 20:40 hs, no endereço: AV. PRESIDENTE CASTELO BRANCO, S/N, CANDEIAS JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) WILLIAM MARINHO BEZERRA, inscrito sob o CPF nº 050.488.964-83 e Registro Geral ° 39380, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 710185-6 GUEDES. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HÉLDER. Registrado(a) com o prontuário nº 400620. Ficou aos cuidados do médico NÃO INFORMADO, registro NÃO INFORMADO. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 13/03/2015

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 2015APH000562

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

Boletim de Ocorrência
0001

3 07/04/2015 13:34

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE - DP22ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0112001962

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/04/2015** às **15:19**

ATROPELAMENTO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 21/2/2015 às 20:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE CASTELO BRANCO, 1, PROXIMO DO BOMPREÇO DE CANDEIAS -**
Bairro: **CANDEIAS - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTORA DESCONHECIDA DO VEICULO DESCONHECIDO (AUTOR\ AGENTE)
WILLIAM MARINHO BEZERRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

WILLIAM MARINHO BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA SOARES MARINHO** Pai: **SEBASTIÃO BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **24/8/1982** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5769823/SDS/PE (RG), 05048896483 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:
-96389441

Endereço Residencial: **RUA JOAO FRAGOSO DE MEDEIROS, 1, QUADRA -6,BLOC12,AP.02 CANDEIAS,COJUNTO RESIDENCIAL JARDIM PIEDADE - CEP: 55000-000 - Bairro: CANDEIAS - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTORA DESCONHECIDA DO VEICULO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO DESCONHECIDO DE PLACA NÃO ANOTADA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTORA DESCONHECIDA DO VEICULO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTORA DESCONHECIDA DO VEICULO DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEICULO DESCONHECIDO DE PLACA NÃO ANOTADA EM PODER DA CONDUTORA DESCONHECIDA QUE DIRIGIA O MESMO NO MOMNETO DO ACIDENTE.**

Complemento / Observação

COMPARECE A VITIMA NESTA DELEGACIA ONDE REGISTRA QUE FOI VITIMA DE ATROPELAMENTO QUANDO NA DATA JA CITADA NESTE BOLETIM DE OCORRENCIA ;RELATA A VITIMA QUE APÓS TER PASSADO CAMINHANDO PELO BOMPREÇO DE CANDEIAS DI ATRAVESSAR A AV.PRESIDENTE CASTELO BRANCO SURGIU UM CARRO DE COR E MARCA E PLACA

DESCONHECIDA QUE O ATROPELOU .QUE O VEICULO SEGUNDO A VITIMA ERA DIRIGIDO POR UMA MULHER QUE PAROU E FEZ CONTATO VIA TELEFONE SOLICITANDO O COMPARECIMENTO DE BOMBEIROS MILITARES SOCORRISTAS NO LOCAL PARA PRETAR OS PRIMEIROS SOCORROS A VITIMA.QUE ESTEVE UMA EQUIPE DE BOMBEIROS NO LOCAL E REMOVERA MA VITIMA PARA O HOSPITAL DOM HELDER NO CABO DE SANTO AGOSTINHO. ONDE FOI CIRUGIADO.QUE PASSOU CERCA DE QUATRO DIAS NAQUELE HOSPITAL E HOJE VEM REGISTRAR O OCORRIDO.

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

WILLIAM MARINHO BEZERRA
(VITIMA)

William Marinho Bezerra

B.O. registrado por : JUAREZ FELIZ DA SILVA - MAT. 140433-4

2 ABR. 2015

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150348906 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA **Data do acidente:** 21/02/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em MID

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: ARNALDO KACELNIK

CRM do médico: 52.31291-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150348906 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: WILLIAM MARINHO BEZERRA **Data do acidente:** 21/02/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal do fêmur direito

Descrição do exame médico pericial: Ao exame dor e limitação dos movimentos do quadril direito. Marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com colocação de material de fixação

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/06/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Paulo Sérgio Muniz

CRM do médico: 5530

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

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): ***WILLIAM MARINHO BEZERRA*** **Sinistro:** ***3150348906*** **Data:** ***21/02/2015***

Endereço do(a) Examinado(a): ***Rua Cárceres, QUADRA D 6, APTO 102 - Candeias - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54430-170***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PE***] ***5769823***

Data local do exame: [***22/06/2015***] ***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)
Fratura proximal do fêmur direito . Ao exame dor e limitação dos movimentos do quadril direito. 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.
Tratamento cirúrgico com colocação de material de fixação

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.

Limitação funcional do membro inferior direito

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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31o da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito

% 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

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.

Paulo Sérgio Muniz - CRM: 5530 - PE