



Número: **0028788-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/06/2020**

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

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIANA LEVINA MUNIZ (AUTOR)		DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70472521	04/11/2020 09:42	<a href="#">2748874_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00287888920208172001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADRIANA LEVINA MUNIZ**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

#### **DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido, no joelho direito todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:



**PARECER DE ANÁLISE MÉDICA****DADOS DO SINISTRO**

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

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

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

**DANOS**

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

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no joelho direito em grau médio (50%).

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no joelho direito, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas no segmento.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

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



Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 09:42:33  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110409423388700000069100299>  
Número do documento: 20110409423388700000069100299



Número: **0028788-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/06/2020**

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

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIANA LEVINA MUNIZ (AUTOR)		DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70472525	04/11/2020 09:42	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297943

Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANA LEVINA MUNIZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14249564





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

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297943

Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ADRIANA LEVINA MUNIZ

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

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

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00063/00064 - carta\_07 - INVALIDEZ

00080032



Carta nº 14306958



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 043.474.194-90 Nome completo da vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ

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

Nome completo: ADRIANA LEVINA MUNIZ CPF: 043.474.194-90  
Profissão: leitor Endereço: RUA SÃO PEDRO DE ALDEIA Número: 125 B Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: ALBERTO MARA Cidade: CAMAQUIBE Estado: PE CEP: 57771-760  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (81) 98344-2894

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

RENDA MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1028 CONTA: 1272 93 1 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

- ☐ 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.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Recife 29/04/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Adriana Levina Muniz

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

EDC 001 V001/2018







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096002681**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

26/04/2019 16:



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

Complemento / Observação

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

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

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

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





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

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2019APH000361 Div. Op.**

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

Posição em 03/04/2019

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

*<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000361*

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

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



**DADOS DO CLIENTE**

ADRIANA LEVINA MIN17

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO PEDRO DA ALDEIA 125 CS- B

CPF: 043.474.194-90 NIS: 13217034459

CAMARAJIBE/CAMARAGIBE  
CAMARAGIBE PE  
54771-780

### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NE

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
050438755	ÚNICA	13/02/2018
ARREPENDIMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/02/2018	2012530368	5738047

COUNTA CONTRATO	MESIANO
7013388339	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
25/02/2019	15/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	190.14

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,24837771	7,45
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,42519036	29,80
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00000000	0,53898854	76,84
Consumo Ativo superior a 220 kWh	60,00000000	0,70985080	56,77
Contrib. lum. Pública Municipal			15,86
Multa por atraso-NF 042088864 - 17/12/18			3,28
Juros por atraso-NF 042088864 - 17/12/18			1,51

## TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									190.14
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
313530485	CA1	15/01/2018	8.472,00	13/02/2018	8.773,00	28	1,00000		300,00

MÁQUINA DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
			BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO				
FEV 19	300	ICMS PIS COFINS	170,00	56,67	42,66	Geração de Energia	115	55,16	32,31%
JAN 19	300		170,00	0,71	1,21	Transmissão	115	9,31	4,87%
FEZ 19	319		170,00	0,71	1,21	Distribuição (Caldeia)	115	39,84	22,76%
NOV 19	106		170,00	3,31	5,64	Perdas de Energia	115	12,21	7,15%
OUT 19	143					Descargas Sototerra	115	5,03	3,30%
SET 19	148				Tributação	115	49,51	29,01%	
DIC 19	148				Total	115	179,58	100%	
TARIFAS APLICADAS									
AGO 18	100	Consumo Ativo até 50 kWh						0,17223600	
JUN 18	139	Consumo Ativo superior a 50 até 100 kWh						0,26223600	
MAI 18	139	Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh						0,43323600	
ABR 18	197	Consumo Ativo superior a 220 kWh						0,55723600	

DATE 189  
AGE 18 188  
MAR 18 141  
FEV 18 144

INTERVAL TO ACROSS  
BASE BC98 6CDD 3A45 200D 3C1B 13BF C2BX

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

DENSIDADE E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
	VALOR APLICADO SINCRONIZADO	LIMITE SERIAL	LIMITE TEMPORAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%) MÍNIMO	MÁXIMO
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	220	202	231
RIC	0,00	0,00	0,00	0,00			
DIRIO	0,00	0,00	0,00	0,00			

Limite DIC: 0,00

Obs.: Valor do Emissor de Luz do Sistema de Ocorrência = R\$ 01,30

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
701338830	10/2014	25/02/2019	190,14

83890000001-3 90140011007-0 01338833910-3 13734970273-5



EXCELSIOR SEGUROS  
29 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT



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

**DADOS DO CLIENTE**

ADRIANA LEVINA MIN17

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO PEDRO DA ALDEIA 125 CS- B

CPF. 043.474.194-90 NIS: 13217034459

CAMARAJIBE/CAMARAGIBE  
CAMARAGIBE PE  
54771-780

### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NE

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
050438755	ÚNICA	13/02/2018
ARREPENDIMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/02/2018	2012530368	5738047

CONTA CONTRATO	MESIANO
7013388339	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
25/02/2019	15/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	190.14

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,34837771	7,45
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,42579036	29,80
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00000000	0,63898554	76,84
Consumo Ativo superior a 220 kWh	60,00000000	0,70985080	56,77
Contrib. lum. Pública Municipal			15,86
Multa por atraso-NF 042088604 - 17/12/18			3,28
Juros por atraso-NF 042088604 - 17/12/18			1,53

## TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										190.14	
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2132520485	CA1	15/01/2019		8.472,00	13/02/2019		8.773,00	28	1,00000		300,00

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

Setor	Consumo (milhões de kWh)	Porcentagem
Residencial	56,16	32,31%
Indústria	8,31	4,80%
Comércio	38,84	22,78%
Transporte	12,21	7,18%
Serviços	6,03	3,50%
Outros	49,51	29,01%
<b>Total</b>	<b>174,88</b>	<b>100%</b>

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	170,08	28,02
PIS	170,64	0,71
COFINS	170,38	3,31
<b>Total</b>		<b>32,04</b>

TAREFAS APLICADAS	
AGD 18 152	Consumo Ativo até 50 kWh Consumo Ativo superior a 50 até 100 kWh Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh Consumo Ativo superior a 220 kWh
AGD 18 139	0,17829660 0,30222660 0,45329800 0,50371000
AGD 18 187	

94EE BC98 5CDD 34A5 20DD 3C1B 136F C2B5

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As condições gerais de funcionamento do Tabela de APRO-11400 (2) de nível, portanto, de acordo com o Regulamento de Segurança e Saúde no Trabalho, deve ser observado, para garantir a máxima proteção ambiental e a saúde.

FORMAÇÃO E QUANTIDADE DAS INTERUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
DHC	CONSUMO	VALOR	LIMITES	LIMITES	TENSÃO	LIMITES DE VARIAÇÃO (%)	
		APROVEDOR	SEMANAL	TRIMESTRAL		ANUAL	NOMINAL (%)
DHC		0,00	0,00	0,00	0,00		
FGC		0,00	0,00	0,00	0,00	220	202 231
DMSC		0,00	0,00	0,00	0,00		

Limite DHC: 0,00      USD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 21,30

COMTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7013388930	12/2014	25/02/2019	190,14



EXCELSIOR SEGUROS  
29 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

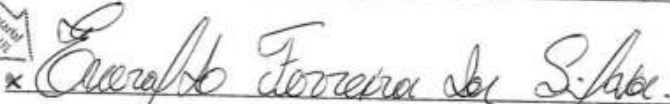
Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

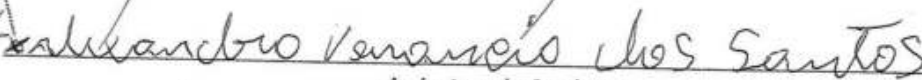
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, EVERALDO FERREIRA DA SILVA  
RG nº 4774349, data de expedição 70/05/99  
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 794546584-68,  
com domicílio na cidade de SÃO LOURENÇO DA MATA, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA DAS VIOLETAS, LOT CAIARA, nº 27  
complemento NOVA TIJUMA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
ADRIANA LEVINA MONIZ, cujo o condutor era  
ALEXANDRO VENANCIO DOS SANTOS.  
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA NXR 150 Ano: 2013  
Placa: PFS 8523 Chassi: 9C2KD0540DR773863  
Data do Acidente: 05/02/19

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

  
Assinatura do Declarante

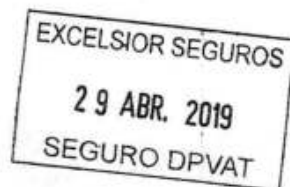
  
Assinatura do Condutor

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE  
Rua Dez de Janeiro, 358 - Centro  
(81) 3519-0217 - [serventianotariats@gmail.com](mailto:serventianotariats@gmail.com).  
Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:  
(1) Alexandre Venancio dos Santos, (1) Everaldo Ferreira da Silva. São Lourenço da Mata, 23/04/2019, 11:40. DOU  
PE. Anna Gabriella Farinha de Medeiros - escrevente  
autorizada. R\$ Cartório: R\$ 7,10 - TSNR: R\$ 1,60 -  
FERC: R\$ 0,80 - Total: R\$ 9,50. Solo(n):  
0158463.78ND4201902.00094. 0158463.LMPB4201902.00095

Consulte Autenticidade em: [www.tje.pe.br/validar](http://www.tje.pe.br/validar)





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

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

Dados do Atendimento:

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

Enfermaria/Leito:

Médico:  
MEDICO PLANTONISTA

## Admissão

### Queixa Principal

TRAUMA NO JOELHO DIREITO

### História Clínica

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

### Exame Físico

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

### Observações

### Conduta

SOLICITO RX  
AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA - CRM: Nº.CRM20910



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







Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

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

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 06/02/2019 09:00  
Prontuário: 1079363  
Nº. Atendimento: 3295704  
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:  
TRAUMATOLOGIA POSTO III-24-02

Médico:  
ROGERSON TENORIO DE ANDRADE

Label

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO: 03295704	CÓDIGO PACIENTE: 01079363
NOME DO PACIENTE: ADRIANA LEVINA MUNIZ	SITUAÇÃO CIRURGIA:		
TIPO DE ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA	COM CEC: NÃO COM ROBÓTICA: NÃO		
CID FINAL: FERIMENTO DO JOELHO - S810 Procedimento			
Material:			
DATA / HORA INICIAL: 06/02/2019	DATA / HORA FINAL: 06/02/2019		
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:			
<ol style="list-style-type: none"><li>1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</li><li>2. ASSEPSIA E ANTÉSSPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS</li><li>3. EXPLORAÇÃO DE FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO ONDE OBSERVAMOS TENDÃO PATELAR ÍNTEGRO</li><li>4. REALIZAÇÃO LIMPEZA EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO</li><li>5. SUTURA DO FERIMENTO COM FIO NYLON 3.0</li><li>6. CURATIVO</li></ol>			
CIRURGIA PROPOSTA:			
DESRIDAMENTO + SUTURA DE FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
CIRURGIA REALIZADA:			
DESRIDAMENTO + SUTURA FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
DIAGNOSTICO INICIAL:			
FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
DIAGNOSTICO CIRURGICO:			
FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
INTERCORRÊNCIA:			

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





Atendimento: 3295704

Dt Atendimento: 06/02/2019 - 09:00

Dt Alta: 09/02/2019 - 07:51

Paciente: 1079363 ADRIANA LEVINA MUNIZ

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 145 TRAU 24-02 - POSTO III

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: ADRIANALS

Diretor Clínico:

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

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





SES  
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

## RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

LAUDO LERIU

PACIENTE ADRIANA LELIA  
MULHER, 36 ANOS, EM SITUAÇÃO DE  
ABUSO DE DROGA EM 05/11/19  
COM TRAUMATISMO DE FEMUR  
EXTREMO, JARDO DENT, AGRESSÃO  
DE 40 (X-RA) DE 2019  
MUITO DE SEU ATENDIMENTO  
PARTEIR DENT DENT. EM FORTALEÇA  
C/ 580.0

Data: 1/1/

101-4114  
Dr. Silvio Macedo  
Ortopedia  
Médico-CRM: 9758

075-HOF

EXCELSIOR SEGUROS  
29 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

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

Dados do Atendimento:

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

Enfermaria/Leito:

Médico:  
MEDICO PLANTONISTA

## Admissão

### Queixa Principal

TRAUMA NO JOELHO DIREITO

### História Clínica

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

### Exame Físico

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

### Observações

### Conduta

SOLICITO RX  
AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA - CRM: Nº.CRM20910



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





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Hospital Otávio de Freitas

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

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 06/02/2019 09:00  
Prontuário: 1079363  
Nº. Atendimento: 3295704  
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

TRAUMATOLOGIA POSTO III-24-02

Médico:

ROGERSON TENORIO DE ANDRADE

Label

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO:	CÓDIGO PACIENTE:
		03295704	01079363
NOME DO PACIENTE:	SITUAÇÃO CIRURGIA:		
ADRIANA LEVINA MUNIZ			
TIPO DE ANESTESIA:	COM CEC:	COM ROBÓTICA:	
RAQUI ANESTESIA	NÃO	NÃO	
CID FINAL:			
FERIMENTO DO JOELHO - S810			
Procedimento			
Material:			
DATA / HORA INICIAL:	DATA / HORA FINAL:		
06/02/2019	06/02/2019		
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:			
<ol style="list-style-type: none"><li>1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</li><li>2. ASSEPSIA E ANTÉSSPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS</li><li>3. EXPLORAÇÃO DE FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO ONDE OBSERVAMOS TENDÃO PATELAR ÍNTEGRO</li><li>4. REALIZAÇÃO LIMPEZA EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO</li><li>5. SUTURA DO FERIMENTO COM FIO NYLON 3.0</li><li>6. CURATIVO</li></ol>			
CIRURGIA PROPOSTA:			
DESRIDAMENTO + SUTURA DE FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
CIRURGIA REALIZADA:			
DESRIDAMENTO + SUTURA FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
DIAGNOSTICO INICIAL:			
FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
DIAGNOSTICO CIRURGICO:			
FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO			
INTERCORRÊNCIA:			

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



Atendimento: 3295704

Dt Atendimento: 06/02/2019 - 09:00

Dt Alta: 09/02/2019 - 07:51

Paciente: 1079363 ADRIANA LEVINA MUNIZ

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 145 TRAU 24-02 - POSTO III

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: ADRIANALS

Diretor Clínico:

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

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





SES  
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejupió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Clinica: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

LAUDO LERIU

PACIENTE ADRIANA LELIA  
MULHER, 36 ANOS, BRANCA, CASADA  
ACIDENTE DE TRÂNSITO EM 05/11/19  
COM TRAFEGAMENTO DE FERRAMENTAS  
EXTERIORES JÁ EM DEBATE, AGORA EM  
DEBATE DE RESPONSABILIDADE E ATUAL-  
MENTE DE SEU ATENDIMENTO A  
PARTIR DEBATE COM A FISIOTERAPIA  
C/DO 580.0

101-4114

Data: 1/1/

Dr. Silvio Macedo  
Ortopedia  
Médico-CRM: 9758

075-HOF

EXCELSIOR SEGUROS  
29 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT













## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144087/19

Vítima: ADRIANA LEVINA MUNIZ

CPF: 043.474.194-90

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 05/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANA LEVINA MUNIZ

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**ADRIANA LEVINA MUNIZ : 043.474.194-90**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

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

  
ADRIANA LEVINA MUNIZ

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

  
RAIANNE SILVA BARBOSA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 14/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144087/19

**Vítima:** ADRIANA LEVINA MUNIZ

**CPF:** 043.474.194-90

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 05/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADRIANA LEVINA MUNIZ

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**ADRIANA LEVINA MUNIZ : 043.474.194-90**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

#### Portador da documentação entregue

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

ADRIANA LEVINA MUNIZ

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RAIANNE SILVA BARBOSA

