



27/07/2021

Número: **0001003-66.2016.8.17.0620**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Floresta**

Última distribuição : **22/11/2016**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GILDO FELISBERTO DE SOUZA (AUTOR)</b>	<b>WAGNER PEREIRA DA SILVA FREITAS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
84907 945	27/07/2021 15:10	<a href="#"><u>2665842_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01</u></a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORESTA/PE**

Processo n.º 00010036620168170620

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GILDO FELISBERTO DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., tomar ciência quanto à digitalização dos autos.

No mais, requer a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Por fim, requer o prosseguimento do feito com a designação de perícia médica, por ser prova essencial o deslinde da ação.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

FLORESTA, 27 de julho de 2021.

**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 - 27/07/2021 15:10:30  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072715103082800000083127305>  
Número do documento: 21072715103082800000083127305

Num. 84907945 - Pág. 1



27/07/2021

Número: **0001003-66.2016.8.17.0620**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Floresta**

Última distribuição : **22/11/2016**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GILDO FELISBERTO DE SOUZA (AUTOR)</b>	<b>WAGNER PEREIRA DA SILVA FREITAS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
84907 946	27/07/2021 15:10	<a href="#"><u>2665842_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02</u></a>	Outros (Documento)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILDO FELISBERTO DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06039-9

CONTA: 000000002862-2

---

Nr. Autenticação

BRADESCO291020140500000000023706039000000002862168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/07/2021 15:10:31  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072715103091500000083127306>  
Número do documento: 21072715103091500000083127306

Num. 84907946 - Pág. 1

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014810375      **Cidade:** Floresta      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILDO FELISBERTO DE SOUZA      **Data do acidente:** 28/05/2014      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.

**Descrição do exame** DOR ,EDEMA, LIMITAÇÃO ELEVAÇÃO ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO,HIPOTROFIA DA  
**médico pericial:** MUSCULATURA DELTOIDE  
DIREITO.CICATRIZ CIRURGICA EM OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.TTO CIRURG E ALTA MEDICA

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/10/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** MANOEL ALVES DE CARVALHO

**CRM do médico:** 8536

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCELO TERRIGNO

**CRM do médico:** 52.55920-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



1004040

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

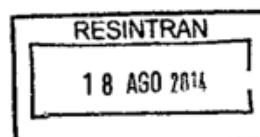
Eu, Gilberto Felisberto de Souza

RG nº 3.321.079, data de expedição 07/05/12, Órgão SDES/PE,

CPF nº 064.569.834-28, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Fagendá Frazas</u>
Número	<u>8</u>
Apto / Complemento	<u>Casa, zona rural</u>
Bairro	<u>Santa Paula</u>
Cidade	<u>Floresta - PE</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56.400.000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9634-4907</u>
E-mail	<u>11 9634-9291</u>

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: Sexa Talhada 29-07-14

Assinatura do Declarante:

X Gilberto Felisberto de Souza



DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Número da Medida	Tipo de Função	Anterior		Atual		Nº dias	Consistência	Ajuste
		Data	Lotação	Data	Lotação			
NF2398	CAT	05/02/2014	F 339,00	05/02/2014	7431,00	78	100000	
NÍVEIS DE TENSÃO								
Tensão	Lista de Variações (V)							
Nominal (V)	Variante	Máximo						
220	20	23						
DATA PREVISTA PARA PRÓXIMA LEITURA: 07/02/2014								
Tela Consumidor pode solicitar a apresentação das informações do RIC, DRCF e DRCR, qualquer tempo.								
FATTO - Valor do Escopo de Cobertura de Serviços de Distribuição é de R\$ 00,00								
Informações Importantes sobre a conta de energia								
<p>A partir de 2015 entra em vigor o sistema de tarifas de energia elétrica. Neste mês entra em vigor a bandeira AMARELA que impõe um ajuste para os consumidores que utilizam mais de 100% da capacidade existente no sistema. Esse ajuste deve ser aplicado a todos os consumidores que utilizam mais de 100% da capacidade existente no sistema. O consumo deve ser calculado com base na média das leituras obtidas nos períodos de menor consumo comercial. O cliente só pagará o ajuste quando houver uma variação de consumo superior ao limite estabelecido. No caso de suspenção ou encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento. A bandeira também será cobrada o custo de disponibilidade do sistema que ocorrer a suspensão.</p> <p>A DCEPE mantém tarifa de acordo com o artigo 54 da REN 4/2010, a partir de próxima conta.</p>								
DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
Descrição			Caracter	Vias Abandonadas	União	União	União	União
- FLORESTA			-	7,92	12,23	24,71	49,42	
- DIC - Nº. de horas sem energia			-	7,92	7,92	13,94	31,88	
- FIC - Nº. de vezes sem energia			-	7,84	8,79	9,03	9,03	
- DRCF - Duracão máxima de interrupção de fornecimento			-	-	-	-	-	
- DRCR - Duracão de interrupção de uso crítico			-	-	-	-	-	
Último DRCR: 18,40								



RENATO TAVEIRA DA PAZ

FZ FRAZAO 8  
RENATO TAVEIRA  
STA PAULA - RURAL SANTA PAULA  
56400-000 FLORESTA PE

**RESINTRAN**

18 AGO 2014

Conta Contrato: 4005030  
Medidor: NF33966  
Un. Leitura: 03141230  
Sequência: 00008  
Poste: X012073



[www.celpe.com](http://www.celpe.com)





Todas as anotações feitas, devem ser rubricadas pelo responsável.



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014810375      **Cidade:** Floresta      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILDO FELISBERTO DE SOUZA      **Data do acidente:** 28/05/2014      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/10/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO OMBRO

**Resultados terapêuticos:** DEBILIDADE

**Sequelas permanentes:** LIMITACAO FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** OMBRO 50%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32504-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Cirurgia Realizada:	Fistula de levantil		
Data:	04/06/14	Início:	Término:
Cirurgião:	Ebenone	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:
			Anestesista: Aline

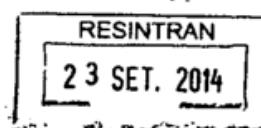
- ① Anatomia
- ② lim + traum
- ③ redens + fio de FT com varas  
de fino de Kirshen
- ④ sutura
- ⑤ curva

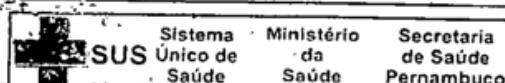
DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR

1004



Dr. Ebenone A. Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 15.122  
CPF: 082.723.544-20





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Saúde  
Pernambuco



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**Hospital Francisco Anselmo Ltda.**  
2 - CNES  
2517124  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**Hospital Francisco Anselmo Ltda.**  
4 - CNES  
2517124

### Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO <b>RG 7321079</b>	NOME ATEND. <b>Gilda Felisberto de Souza</b>
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>898003009509563</b>	6 - GES PRENATAL <b>7 - SENHA / REGULAÇÃO 80088</b>
9 - NOME DO PACIENTE <b>Zulicicle Soares de Souza</b>	10 - DATA DE NASCIMENTO <b>19/02/84</b>
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>Zulicicle Soares de Souza</b>	11 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
14 - ENDERECO (RUA, Nº BAIRRO) <b>Faz. Frazão - Santa Paula Floresta</b>	13 - TELEFONE DE CONTATO <b>8796967962</b>
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Floripa</b>	16 - COD. ISGE MUNICÍPIO <b>17-UF 18 - CEP 48100-000</b>

### 19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Trun com ft de clamídia

RESINTRAN

23 SET. 2014

### 20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

PA

### 21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

ft de clamídia;

### 22 - CID. 10 PRINCIPAL

5480

### 23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

### 24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

### 25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

### 27 - COD. DO PROCEDIMENTO

040801015-0

### 28 - CLÍNICA

### 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

### 30 - DOCUMENTO

### 31 - N.º DO CUMPRIMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

### 32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

### 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

### 34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Ebernone A. Silva

03/06/14

Hospital Francisco Anselmo

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

CPF: 082.723.544-20

### 35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

### 36 - ( ) N.º DO SÉRIE

### 37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

### 38 - CHAMADA DA EMPRESA

### 40 - CHAMADA

### 39 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

### 41 - CHAMADA

### 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

### 43 - CHAMADA

### ( ) EMPREGADO

### ( ) EMPREGADOR

### ( ) AUTÔNOMO

### ( ) DESEMPREGADO

### ( ) APOSENTADO

### ( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

### 45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

### 46 - COD. ORGÃO EMISSOR

### 51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

201410671861-9

### 47 - DOCUMENTO

### ( ) CNS

### ( ) CPF

### 48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR/H

### ( ) CNS

### ( ) CPF

### 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

### 50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

### Dr. Luiz Aurélio Carvalho R<sup>3</sup>

### Médico

### MOTIVO DA ALTA:

### CARÁTER DA INTERNAÇÃO:





### HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AAB8 - Serra Talhada - PE  
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110  
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csf184@hotmail.com

CLÍNICA  
SUS

Número do Registro: 260 88

Data: 03/06/14

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Eraldo Felisberto de Souza  
Idade: 34 Sexo: Mas. Cor: Pan. Estado Civil: Solt.  
Profissão: Agricultor Naturalidade: Floripa Nacionalidade: Brasileiro

Endereço:

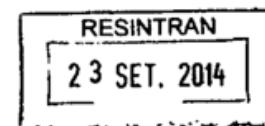
Rua: Fazenda Frazão N.º: \_\_\_\_\_ Bairro: Santa Paula  
Idade: Floripa Estado: PE Fone: 96 46-796

Filiação:

Pai: Manoel Felisberto de Souza  
Mae: Zuleide Soares de Souza

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

*Franco com febre de flavimun*



Hipótese Diagnóstica:

*Fit de flavimun*

Exames Solicitados:

*PA*

Jr. Ebenor A. Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 15.122  
CPF: 082.729.644-20

Condições de Alta

Motivo de Alta

ALTA EM 05/06/14



Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2014

Carta nº: 5167438

A/C: GILDO FELISBERTO DE SOUZA

**Sinistro:** 2014810375  
**Vitima:** GILDO FELISBERTO DE SOUZA  
**Data Acidente:** 28/05/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### ATENÇÃO:

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

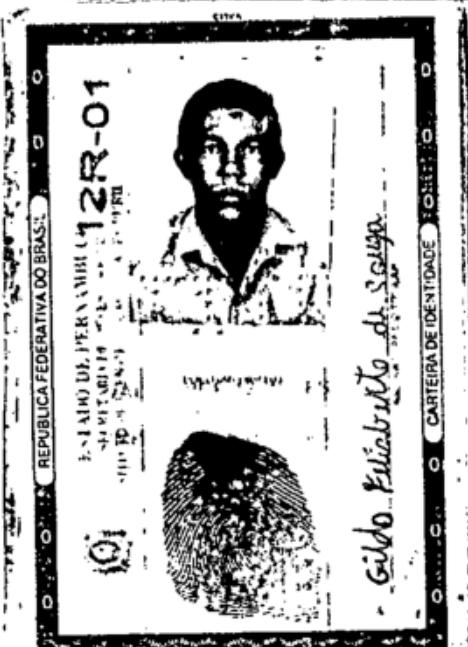


DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



RESERVA NATURAL	7.321.079	PERÍODO 07/05/2012
NAME	GILDO FELISBERTO DE SOUZA	
FLUXO	<< GILDO FELISBERTO DE SOUZA >>	
NATUREZA	<< MANOEL FELISBERTO DE SOUZA >>	
<< ZULEIDE SOARES DE SOUZA >>		
19/02/1981		
DOC. ORIGEM: << CN: 9891 L: 48A F: 75V CART. FLORESTA >>		
PE 02.03.1999		

RESINTRAN  
18 AGO 2014



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/07/2021 15:10:31  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072715103091500000083127306>  
Número do documento: 21072715103091500000083127306

Num. 84907946 - Pág. 12

---

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2014

Carta nº: 5292684

A/C: GILDO FELISBERTO DE SOUZA

Sinistro: 2014810375  
Vítima: GILDO FELISBERTO DE SOUZA  
Data Acidente: 28/05/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://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**



OUTROS

1004054



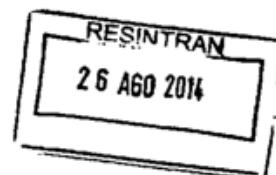
RESINTRAN

18 AGO 2014



14|692288

DECLARAÇÃO



DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA  
BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME  
DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 20 DE AGOSTO DE 2014

Gildo Felisberto de Souza

GILDO FELISBERTO DE SOUZA



## 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

Sinistro: **2014810375 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **GILDO FELISBERTO DE SOUZA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **FAZ. FRAZAO nº 08 - SANTA PAULA / Z. RURAL - FLORESTA/PE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7321079 - SSP**  
Data local do exame: **22/10/2014 BELEM DE SAO FRANCISCO/PE**

#### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### **FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.**

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?

SIM  NÃO

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?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

#### **FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.TTO CIRURG E ALTA MEDICA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

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.

#### **DOR ,EDEMA, LIMITAÇÃO ELEVAÇÃO ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO,HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DELTOIDE DIREITO.CICATRIZ CIRURGICA EM OMBRO ESQUERDO.**

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em                    dias

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

#### **OMBRO ESQUERDO.**

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - BELEM DE SAO FRANCISCO, 22/10/2014**

**Médico Perito: MANOEL ALVES DE CARVALHO CRM: 8536/PE**

  
Manoel Alves de Carvalho  
CRM-PE 8536  
Clínico - Cardiologista

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/07/2021 15:10:31  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072715103091500000083127306>

Número do documento: 21072715103091500000083127306

Num. 84907946 - Pág. 16

14/682088

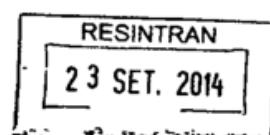
# DECLARAÇÃO

Venho por meio de esta pedir que o analista baseado em meu PRONTUARIO CIRURGICO, vejam que eu fiquei com uma sequela fiz cirurgia e estou prejudicado, vocês NEGARAM, peço que vocês peçam uma nova PERÍCIA MÉDICA, por que se eu pago o IPVA todo ano é por que eu tenho DIREITO à receber a indenização pois tem gente que NÃO tem nada de sequela e vocês pagam sem nenhum problema por tanto exijo que vocês peçam a perícia.

Serra Talhada, 18 de setembro de 2014

Gildo Felisberto de Souza

GILDO FELISBERTO DE SOUZA



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLICIA DA 187A. CIRCUNSCRICAO - FLORESTA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 14E0277000681**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/06/2014** às 11:46

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **28/5/2014** às 20:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, FAZENDA FRAZÃO** - Bairro: **ZONA RURAL DE FLORESTA** - Município: **FLORESTA** - Estado: **PERNAMBUCO** - País: **BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A FAZENDA HESTOR VALGUERO**  
 Local do Fato: **VIA PUBLICA** - Próximo: **NAO INFORMADO**

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:  
**GILDO FELISBERTO DE SOUZA** (NOTICIANTE)  
**ZULEIDE SOARES DE SOUZA** (TESTEMUNHA )  
**RAFAEL DE SOUZA CARVALHO NETO** (TESTEMUNHA )

BOLETIM DE OCORRÊNCIA	*1004026*

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
**VEICULO**: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **RAFAEL DE SOUZA CARVALHO NETO**

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

(NOTICIANTE) - **GILDO FELISBERTO DE SOUZA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**  
 Mês: **ZULEIDE SOARES DE SOUZA**; Pat: **MANOEL FELISBERTO DE SOUZA** Data de Nascimento: **19/2/1981**; Naturalidade: **NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO**

Documentos: **7321079/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **AGRICULTOR(A)**;

Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**; Telefone Celular: **96467962**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, FAZENDA FRAZÃO, 0, ZONA RURAL DE FLORESTA, FLORESTA, PERNAMBUCO, BRASIL, PROXIMO HESTOR VALGUERO**

Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**

Dados Comerciais: **NAO INFORMADO**

RESINTRAN
18 AGO 2014
Sexo: <b>Masculino</b>

(TESTEMUNHA) - **RAFAEL DE SOUZA CARVALHO NETO** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**  
 Mês: **CATARINA ALVES DE CARVALHO**; Pat: **CLAUDIO DE CARVALHO SOUZA** Data de Nascimento: **13/2/1981**; Naturalidade: **NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO**

Documentos: **5721976/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**;

Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**; Telefone Celular: **NAO INFORMADO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, FAZENDA FRAZÃO, 0, ZONA RURAL DE FLORESTA, FLORESTA, PERNAMBUCO, BRASIL**

Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**

Dados Comerciais: **NAO INFORMADO**

(TESTEMUNHA) - **ZULEIDE SOARES DE SOUZA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**  
 Mês: **CECILIA SOARES DE SOUZA**; Pat: **NAO INFORMADO** Data de Nascimento: **31/3/1965**; Naturalidade: **NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO**

Documentos: **4804069/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**;

Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**; Telefone Celular: **NAO INFORMADO**



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Page 2 of 2



Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, FAZENDA FRAZÃO, 0, ZONA RURAL DE FLORESTA, FLORESTA, PERNAMBUCO, BRASIL

**Endereço Comercial: NÃO INFORMADO**

Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GILDO FELISBERTO DE SOUZA, que estava em posse do(a) Sr(a): RAFAEL DE SOUZA CARVALHO NETO.

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA / HONDA / CG 125** - Objeto apreendido: **Não** - Número de Série: **NÃO INFORMADO**  
Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Valor Unitário: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: KK90821 (PERNAMBUCO / FLORESTA ) Chassi: 9C21JC30708B124240

Ана Фабдесе/Модела: 2007 / 2008

### Complemento / Observação

A NOTICIANTE COMPARCE A ESTA D.P MUNDO DOS DOCUMENTOS EM ANEXO E GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA INFORMAR QUE NA REFERIDA DATA VINHA DE CARONA NA MOTOCICLETA EM TELA; QUANDO A MESMA DERRAPOU NA PISTA DE AREIA; QUE O MESMO VEIO A SOFRER LESÕES NA CLAVICULA; QUE FOI ATENDIDO NO HOSPITAL DE FLORESTA.

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

+ GILDO FELISBERTO DE SOUZA

<sup>a</sup> *Rafael de Souza Carvalho Neto*  
RAFAEL DE SOUZA CARVALHO  
NETO  
(TESTIMUNHA)

*Zuleide Soares de Souza*  
**ZULEIDE SOARES DE SOUZA**

ZULEIDE SOARES DE SOUZA  
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado pelo oficial: DOMÍCIO/MANOEL MARTIMIANO PEREIRA - Matrícula: 350.850-1

RESINTRAN  
18 ASO 2014



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/07/2021 15:10:31  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072715103091500000083127306>  
Número do documento: 21072715103091500000083127306

Núm. 84907946 - Pág. 19