



Número: **0076269-82.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA (REPRESENTANTE)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57220793	31/01/2020 11:23	<a href="#">2688748_CONTESTACAO_01</a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00762698220198172001

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

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

**CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 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 **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA** representado por **EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

**CONTESTAÇÃO**

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

**BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **24/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **23/03/2018**.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexos causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora alega na exordial que fora vítima de acidente de trânsito no dia **24/12/2018**, todavia, afirma à autoridade policial que o mesmo ocorrera no dia **13/02/2018**.

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



**Ademais, a parte autora apresenta boletins de atendimento médico contendo controvérsia de informações, tendo em vista que em um primeiro momento consta a informação de que houve atendimento médico no dia 13/02/2018 e em outro que o atendimento médico ocorrera no dia 17/02/2018.**

Cumprе 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 indenitória na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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.

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>.

#### **DA INÉPCIA DA INICIAL**

#### **DA AUSÊNCIA DO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO**

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que não foi instruída com os documentos essenciais à propositura da ação.

O autor não acostou o boletim de primeiro atendimento médico, documento essencial para comprovar o nexo causal do acidente.

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;



Não se pode olvidar acerca da existência de requisitos formais para o ajuizamento de qualquer demanda, os quais são tradicionalmente denominados na praxe forense de requisitos da petição inicial, estes elencados no art. 319 do Novo Código de Processo Civil, que pedimos escusas para transcrever, senão vejamos:

“Art. 319. A petição inicial indicará:

I - O juiz ou tribunal, a que é dirigida;

II - Os nomes, prenomes, estado civil, profissão, domicílio e residência do autor e do réu;

III - o fato e os fundamentos jurídicos do pedido;

IV - o pedido, com as suas especificações;

V - o valor da causa;

VI - as provas com que o autor pretende demonstrar a verdade dos fatos alegados;

VII - o requerimento para a citação do réu.”

Em prosseguimento, cumpre salientar o disposto no art. 330, I e parágrafo primeiro, Novo Código de Processo Civil, *ipsis literis*:

“Art. 330. A petição inicial será indeferida:

I - quando for inepta;

Parágrafo primeiro. Considera-se inepta a petição inicial quando

I – lhe faltar pedido ou causa de pedir;

II – o pedido for indeterminado, ressalvadas as hipóteses legais em que se permite o pedido genérico;

III – da narração dos fatos não decorrer logicamente a conclusão;

VI – conter pedidos incompatíveis (...).”

Merece destaque, portanto, o disposto no art. 485, I, do Código de Processo Civil. Vejamos:

“Art. 485. Extingue-se o processo, sem resolução de mérito:

I - quando o juiz indeferir a petição inicial; (...).”

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto a comprovada omissão do autor com relação aos fatos narrado e o fato desta não ter colacionado aos autos documentos exigíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

#### **DA INÉPCIA DA INICIAL**

#### **DOCUMENTOS ILEGÍVEIS**

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que verifica-se a existência de documentos ilegíveis.

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



**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA  
 Data Nasc.: 22/11/2002 Idade: 15 Sexo: MASCULINO Cor: 54320  
 CPF: RG: CNS: 898003440166785  
 Endereço: RUA ANTONIO CAMILO Nº: 578  
 Bairro: ARIEIRO Cidade: CAMARAGIBE Estado: PE  
 CEP: 54756700 Fone: 87036776 Profissão:  
 Nome da Mãe: SANDRA LUCIA DA SILVA  
 Acompanhante: EDUARDO DE OLIVEIRA (PAI)  
 Nome do Conjuge:  
 Local de Procedência: VIA URBANA  
 Clínica: CIRURGIA GERAL

ATENDIMENTO: 543246 Prontuário: 903176

Ocorrência: CADASTRO AUTORIZADO PELA ENFERMEIRA CHEFE CRISTIANE (TRIAGEM) PACIENTE QUEIXA-SE DE FERIMENTOS

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

**2 - ATENDIMENTO** DATA: 13/02/2018 HORA: 22:14 R Médico:

Queixa Principal / HDA: *ferimento na perna direita por soco, com perda de sangue.*

**História do Trauma**

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Local de Impacto: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: ☐ Transporte Realizado por: ☐

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que: ☐

Observações:

**Exame Físico:**

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

*SI 17/18*

B: Respiratório

*MVE - Ate 5 l/min Fi = 21% FiO2 = 21%*

C: Circulatório PA: x mmHg Pulso: bom

*22/11*

D: Exames Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

*G-25*

**SDC**  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
4/10/18  
SUS-PE

*ORTOPEDIA*

1 de 2

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto que o autor juntou aos autos documentos exigíveis totalmente ilegíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.



## DO MÉRITO

### DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

### DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

A parte autora afirma na petição inicial que foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 24/12/2018, todavia, no boletim de ocorrência, alega que o mesmo ocorrera no dia 13/02/2018.

Portanto, para que não pairasse qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

### 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 a 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<sup>3</sup>.

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.

### - DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**<sup>4</sup>.

<sup>3</sup>“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)



Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexos causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

A parte autora afirma na petição inicial que foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 24/12/2018, todavia, no boletim de ocorrência, alega que o mesmo ocorrera no dia 13/02/2018.

Outrossim, apresenta aos autos boletins de atendimento médico contendo controvérsia de informações haja vista que uns relatam atendimento no dia 13/02/2018 e outros no dia 17/02/2018, conforme demonstrado abaixo:



Declaramos para os devidos fins, que o paciente **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**, prontuário nº 112.2572, admitido neste hospital em 17/02/2018 com diagnóstico de Fratura Luxação Acrômio Clavicular Direita, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 21/02/2018.

Recife, 09 de Março de 2018.

Roberta C. de Almeida  
Diretora Técnica  
Hospital Santo Amaro  
CRM/PE - 13434

Dr<sup>a</sup> Roberta Cavalcanti de Almeida  
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

<sup>4</sup>SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexos de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas

COPIA  
261810103073-2

Nome: Edson da Silva  
Nº. JANE: Sandra Lucio da Silva  
CLÍNICA: 2. Cirúrgica ENFERMARIA: LEITO: Nº DO REGISTRO: 903176  
DATA DE NASCIMENTO: 22/11/2002 IDADE: 15 anos PESO: ALTURA: SEXO: ☐ F. ☒ M.  
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Pericardio anterior - claviculares à D  
COMORBIDADE:  
PROCEDIMENTO SOLICITADO:  
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):  
DATA DA INTERNAÇÃO: 13.02.18 DATA DA ALTA: 14.02.18 DIAS DE INTERNAÇÃO:  
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 0308010019 CID: 5431 CARMED/REMBOLSO/FATURAMENTO: Carimbo Médico  
CÓD. EQUIPE NOME DO PROFISSIONAL MATRÍCULA  
1 CIRURGIÃO  
2 1º AUXÍLIO CIRÚRGICO  
3 2º AUXÍLIO CIRÚRGICO  
4 ANESTESISTA  
5 CLÍNICO  
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS  
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ HEMODIÁLISE ☐  
☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐  
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐  
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE ☐  
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)  
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS  
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:  
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:  
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:  
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO:  
☐ OUTROS ☐ IML ☐ SVO ☐ BO:  
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):  
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente  
DATA: MÉDICO RESPONSÁVEL: Assinatura  
Assinatura: Assinatura  
Assinatura: Assinatura



Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 18/11/2019 16:42:29

Assinatura: 54100114

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo<sup>5</sup>.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

<sup>5</sup> APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)







### 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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		 Administradora do Seguro DPVAT		
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
<b>Número:</b> 3180304653	<b>Cidade:</b> Camaragibe	<b>Natureza:</b> Invalidez Permanente		
<b>Vítima:</b> CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA	<b>Data do acidente:</b> 13/02/2018	<b>Seguradora:</b> ESSOR SEGUROS S.A.		
<b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b>				
<b>Data da análise:</b> 27/08/2018				
<b>Valoração do IML:</b> 0				
<b>Perícia médica:</b> Não				
<b>Diagnóstico:</b> FRATURA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA.				
<b>Resultados terapêuticos:</b> TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.				
<b>Sequelas permanentes:</b> DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.				
<b>Sequelas:</b> Com sequela				
<b>Conduta mantida:</b>				
<b>Quantificação das sequelas:</b> DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.				
<b>Documentos complementares:</b>				
<b>Observações:</b>				
<b>DANOS</b>				
<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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>
<b>ESPECIALISTA</b>				
<b>Empresa:</b> Líder- Serviços AMD				
<b>Grupo:</b> EQ2				
<b>Nome:</b> RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO				
<b>CRM:</b> 902330				
<b>UF do CRM:</b> RJ				
<b>Assinatura:</b>				
				

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



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 irretroatável 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, recorrendo 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 ressaltar 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 **24/12/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), conforme demonstrado abaixo:**

#### **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:	29/08/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	843,75

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

CLIENTE: EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000071068-0

---

Nr. da Autenticação B488797C6AD875B0

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



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<sup>6</sup>.

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<sup>7</sup>.

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\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> **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.”



### **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<sup>8</sup>.

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<sup>9</sup>.

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.

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 a 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 autora.

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 Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários 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;

<sup>8</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>9</sup>art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



- 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 da resposta ao Ofício Nº005/2015 - CGSRAC.

Assim, após a realização da perícia judicial, requer a intimação da Ré para realização do pagamento dos honorários periciais no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) em até 15 (quinze) dias.

Cabe esclarecer que se tratado de interesse de incapaz, o artigo 178, inciso II do CPC, informa que o Ministério Público deverá ser intimado no prazo de 30 dias para intervir como fiscal da lei.

Diante disso, requer a intimação do Ministério Público para que se manifeste nos termos o artigo 279, do CPC, sob pena de nulidade.

Para fins do exposto 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, 29 de janeiro de 2020.

**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)



### **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**

<b>Danos Corporais Previstos na Lei</b>	<b>Total (100%)</b>	<b>Intensa (75%)</b>	<b>Média (50%)</b>	<b>Leve (25%)</b>	<b>Residual (10%)</b>
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 esfinteriano; (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	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 superiores e/ou de uma das mãos					
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 **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**, em curso perante a **17ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00762698220198172001.

Rio de Janeiro, 29 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

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







Número: **0076269-82.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA (REPRESENTANTE)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57220794	31/01/2020 11:23	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

# HOSPITAL G. JULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retida da senha: 13/02/2018 22:04

Nome Paciente:	CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	22/11/2002
Sexo:	Masculino
Idade:	15
Senha:	E0032
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 13/02/2018 22:04 - 13/02/2018 22:05

CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: VERMELHO - EMERGÊNCIA

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE PAF. PAI REFERE QUE MENOR ESTAVA COM COLEGA EM MOTO, SOFREU TENTATIVA DE ASSALTO, APRESENTANDO PERFURAÇÕES POR PAF EM CORPO.

Observação: NEGA ALERGIA  
HAS-  
DM-

Fluxograma sintoma: CORPO ESTRANHO

Discriminador(es): - HEMORRAGIA EXANGÜINANTE?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

ARUANA SEGUROS

03 JUL 2018

14/02/18 SOT - vítima de queda de moto c/  
08:00 dor em ombro direito. Nega alergias

À exame: Dor à elevação e abdução do  
ombro D. Neurovascular preservado.

Rx: Sugestivo de LAC grau III.

cd: d. Internamento p/ tta cir-  
eletiva.

Dr. Tercio Vasconcelos  
MÉDICO  
CRM PB 66261 - CRM PE 24743  
25439.




Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/02/2018 22:05

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>		<b>FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA</b>	
NOME: <u>Carlos Eduardo da Silva Oliveira</u>			
Nº DO REGISTRO:		DATA DE ADMISSÃO: <u>13/07/18</u>	
ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS. CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.			
<input type="checkbox"/> IDADE > OU IGUAL 85 ANOS		<input type="checkbox"/> CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS	
<input type="checkbox"/> COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO		<input type="checkbox"/> DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE	
<input type="checkbox"/> PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA		<input type="checkbox"/> DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA	
<input type="checkbox"/> HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)	
<input type="checkbox"/> OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA		<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO/ANESTESIA	
<input type="checkbox"/> MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL		<input type="checkbox"/> URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL	
<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA		<input type="checkbox"/> PACIENTE CIRÚRGICO	
CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.			
<input type="checkbox"/> COLOCADO PULSEIRA ROXA		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:			
<input type="checkbox"/> SIM		ASSINATURA (ORIENTADO): _____	
<input type="checkbox"/> NÃO			
<b>RECOMENDAÇÕES:</b>			
1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização; 2. Manter a cama na posição baixa, com todas travadas e grades de proteção elevadas; 3. Orientar a não trancar portas; 4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza; 5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios; 6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor; 7. Estimular o uso de acessórios de apoio; 8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se; 9. Manter iluminação adequada durante a noite; 10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas; 11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte; 12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos; 13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho; 14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.			
ENFERMEIRA/COREN: _____		_____	

HGV-1328.V.1.2018.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 11:23:40  
 https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013111234001300000056284828  
 Número do documento: 20013111234001300000056284828



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



### BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

**NOME: CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**

**1. Ocorrência da Emergência: 543246**

**1.1 - Atendimentos em: 13/02/18**

**1.2 - Às 22 horas e 14 minutos.**

**1.3 - Internado: SIM**

**1.4 - Retirou-se às hr. e min.**

**2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 903176**

**2.1 – Internado em: 13/02/18**

**2.2 - Alta em: 17/02/18**

**3. Hipótese Diagnóstica: 1) LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA E AGRESSÃO POR ARMA DE FOGO.**

**4. Tratamento: 1) ANALGESIA.**

**2) TRANSFERIDO PARA OUTRO HOSPITAL.**

**5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.**

DATA: 14.3.2018

HORA: 13:09:26

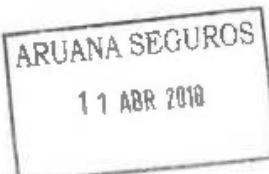
PASTA: 01.03.2018

JGAS

RS

Jéssica Guldo de Araújo Sá  
Dermatologista  
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guldo.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas

COPIA  
261810103073-2

Nº DA MÃE: <u>os Eduardo da Silva</u>		CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: <u>2. a. geral</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>903176</u>
DATA DE NASCIMENTO: <u>22/11/2002</u>	IDADE: <u>15 anos</u>	PESO:	ALTURA: SEXO: <input type="checkbox"/> F. <input checked="" type="checkbox"/> M.
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>luxação antero-clavicular à d.</u>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>artroscopia</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>13.02.18</u>	DATA DA ALTA: <u>14.02.18</u>	DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>0308010019</u>	CID: <u>5431</u>	CARIMBO/RECEIÇÃO/FATURAMENTO <u>Fernando Mendonça</u> Médico CRM: 8541	
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:			
MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		ÓBITO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO:	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO):			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
DATA		MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM	

Avenida General San Martín s/n - Cordão  
Recife/PE - CEP 50.630-060  
Fone: 0XX 81.31845800

HGV-1010.V.1.2/13.

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**, prontuário nº **112.2572**, admitido neste hospital em 17/02/2018 com diagnóstico de Fratura Luxação Acrômio Clavicular Direita, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 21/02/2018.

Recife, 09 de Março de 2018.

Roberta C. de Almeida  
Diretora Técnica  
Hospital Santo Amaro  
CRM/PE - 13434

**Drª Roberta Cavalcanti de Almeida**  
**Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro**

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen <i>pleno, flácido, deprimível inferior.</i>	
Diagnóstico Inicial: <i>① Apêndice agudo</i>	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Resultado de Exames: <i>or 100% de hematócrito e pressão de 100 mmHg e pressão de 100 mmHg e pressão de 100 mmHg e</i>	Código Procedimento: <i>Norton Nunes</i> <i>CRM 21773</i> Ass. Médico + Carimbo
Tratamento / Procedimentos: <i>apêndicetomia</i>	Código Procedimento: <i>apêndicetomia</i> Ass. Médico + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem: <i>SF 1000 750 1000 - 565/1000</i>	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo: <i>apêndicite aguda</i>	
Definição do Caso: <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	Condição de Alta: <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 13/02/2018 22:14 h SEPHORAF	Impressão: 13/02/2018 22:14 h SEPHORAF

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018

Médico

Norton Nunes  
Médico  
CRM 21773







# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 543246

Prontuário: 903176

Nome: CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

Data Nasc.: 22/11/2002

Idade: 15

Sexo: MASCULINO

Cor: 543706

CPF:

RG:

CNS: 898003440166785

Endereço: RUA ANTONIO CAMILO

Bairro: ARIEIRO

Cidade: CAMARAGIBE

CEP: 54756700

Fone: 87036776

Profissão:

Nome da Mãe: SANDRA LUCIA DA SILVA

Acompanhante: EDUARDO DE OLIVEIRA (PAI)

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: CADASTRO AUTORIZADO PELA ENFERMEIRA CHEFE CRISTIANE (TRIAGEM) PACIENTE QUEIXA-SE DE FERIMENTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 13/02/2018 HORA 22:14 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de agressão por soco e chute na região do abdômen. Não ferimentos no momento.

## História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: mQueimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte Realizado por:Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

## Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

## B: Respiratório

M.O. - Arter 5/12A Fr = 56mm SpO2 = 98% -

C: Circulatório PA: x mmHg Pulso: bpm

## D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

G=25.



ORTO pedi







Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**  
Nº Registro: 562109 Nº Protuário: 1122572 Sexo: Masculino Idade: 15 ano (s)  
Data: 20/02/2018 / 11:08 Convênio: SUS - AMB  
Data do internamento: 17/02/2018 21:48 Data da alta: 21/02/2018 14:52  
Intervalo: 4

## SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):Fratura Luxação  
Acrômio Clavicular Direita, CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento Cirúrgico de Luxação Acrômio  
Clavicular Direita + Neurólise + Retração Muscular + Tenotomia  
CÓDIGO: 0408010185 / 0403020077 / 0408060670 / 0408060468

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Osvaldo Coimbra	16658
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Mauro Casado	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

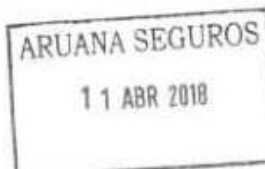
RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico há 04 dias, resultando Fratura  
Luxação Acrômio Clavicular Direita. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 22/02/2018 07:53:19.



*Azarias Salgado*  
Assinado digitalmente  
CRM: 6218

*Azarias Salgado*  
Assinado digitalmente  
CRM: 6218





Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**

Nº Registro: 562109 Nº Protuário: 1122572 Sexo: Masculino Idade: 15 ano (s)

Data: 20/02/2018 / 11:08 Convênio: SUS - AMB

Data do internamento: 17/02/2018 21:48 Data da alta: 21/02/2018 14:52

Intervalo: 4

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:** Fratura Luxação Acrômio Clavicular Direita. **CID:**

**DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:** **CID:**

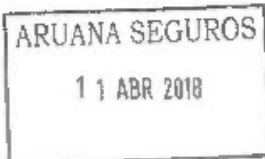
Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 22/02/2018 07:53:19.

*Azarias Salgado*  
Assinado digitalmente  
22/02/18

*Azarias Salgado*  
Assinado digitalmente  
22/02/18





Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**  
Nº Registro: 562109 Nº Protuário: 1122572 Sexo: Masculino Idade: 15 ano (s)  
Data: 20/02/2018 / 14:45 Convênio: RETAGUARDA GETULIO  
Intervalo: 3

## BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Luxação acrômioclavicular DIREITA

Diagnóstico pós-operatório: Luxação acrômioclavicular DIREITA

Cirurgia: -Neurólise + Tratamento cirúrgico de luxação acrômioclavicular + Tratamento cirurgico de retração muscular + Tenomiotomia

Cirurgião: Osvaldo Coimbra Jr

Anestesiista: Mauro

Anestesia: Bloqueio de plexo

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

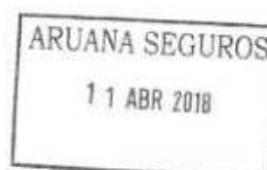
### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assepsia e antissepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão em tipo "golpe de sabre" do ombro direito. Liberação e tratamento de retração muscular. Dissecção por planos e hemostasia. Tenomiotomia de trapézio e pectoral maior. Identificado o foco de luxação. Neurólise de nervo supraclavicular. Realizado a redução da luxação e fixação com 02 fios ethibond em 01 âncora fixa na base de processo coracóide, e fixação de articulação acromioclavicular com 02 fios de kirschner, com sutura de ligamento acromio-clavicular superior. Tenomioplastia de músculo peitoral maior.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo

Recife, 20/02/2018-14:45

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 20/02/2018 14:47:27.

DR. OSVALDO COIMBRA JR  
Ortopedia / Traumatologia  
Gin. Ombro e Cotovelo  
CRM-PE: 16.658 / TEND: 11551





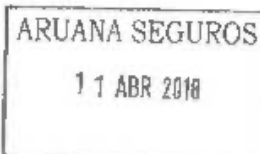
Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**  
Nº Registro: 562109 Nº Protuário: 1122572 Sexo: Masculino Idade: 15 ano (s)  
Data: 20/02/2018 / 14:45 Convênio: RETAGUARDA GETULIO  
Intervalo: 3

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR  
CRM: 16658

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 20/02/2018 14:47:27.

Dr. OSVALDO COIMBRA JR  
Ortopedia / Traumatologia  
Cir. Ombro e Cotovelo  
CRM-PE: 16.658 / TSO: 10551





Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugã, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

## ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

**CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, e necessitou permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 120 dias, a partir de 17/07/18. Paciente no momento apresenta rigidez de ombro direito.

CID: 5431/ M256

Recife, 07/08/2018

Dr. Osvaldo Coimbra Jr  
Principado / Pernambuco  
CRM - PE 16658

**Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR**  
CRM: 16658



Identificação da  
Vítima



# República Federativa do Brasil

ESTADO DE PERNAMBUCO

## Registro Civil das Pessoas Naturais

<b>CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO</b> 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) Av. Caxangá, 3.459 - Iputinga Recife, PE Título João Bosco Vasconcelos 1º Substituto LIVRO SOBRANTE COM SELO DE FISCALIZAÇÃO
---

RECIFE

Maria da Glória Vasconcelos

João Bosco Vasconcelos

Judiciário - Várzea, da Comarca do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, em  
virtude da Lei etc

### NASCIMENTO nº 87444

Certifico que as fls. 131, do livro nº 4-81 de  
assentamentos de nascimento, foi feito hoje o registro de:

CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

do sexo masculino, nascido em Hospital Barão de Lucena,  
Recife - PE, no dia vinte e dois de novembro de dois mil e  
dois, às 15:56 horas.

O registrado é filho

da: EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA  
natural de São Gonçalo (RJ)  
e de: SANDRA LUCIA DA SILVA  
natural de São Lourenço da Mata (PE)

sendo avós

paternos: EVERALDO COELHO DA SILVA  
e LINDALVA DE OLIVEIRA SILVA  
e maternos: JOSÉ DANTAS DA SILVA  
e MARIA BARBOSA DE LIMA

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2010

Foi declarante o pai.

OBSERVAÇÕES: "Ato gratuito" (Art. 49 da Resolução 131/99  
- TJPE)

O referido é verdade e dou fé.

Recife, 27 de novembro de 2002

Oficial

Várzea - Iputinga  
Recife - PE  
Título





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

**NOME**  
EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA

**DOC IDENTIDADE - ORG EMISSOR / UF**  
4418511 SSP PE

**CPF**  
002.179.154-04

**DATA NASCIMENTO**  
19/10/1978

**FUNÇÃO**  
EDUARDO CORREIA DA  
SILVA  
LINDALVA DE OLIVEIRA  
SILVA

**FUNDADOR**  
AD

**DATA HAB**  
AD

**Nº REGISTRO**  
01672647832

**VALIDADE**  
07/01/2019

**PROTEÇÃO**  
04/10/2000

**OBSERVAÇÕES**  
Exerce Ativ Remunerada

*Eduardo de Oliveira Silva*

**LOCAL**  
RECIFE - PE

**DATA EMISSÃO**  
15/01/2016

*[Assinatura]*

**ASSINADO EM**  
17865233614  
PE070499154

**DETRAN - PE - PENHABITACAO**

**VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
1219853324

**PROTEÇÃO PLASTIFICAR**  
1219853324

ARUANA SEGUROS  
11 ABR 2018





1221807980

11 APR 2018



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
<b>DETRAN - PE Nº 013127295951</b> CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RATRO	EXERCÍCIO
1	459115823	*****	2017
NOME			
EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA			
CAMARAGIBE-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
802.178.184-04		PEU8866	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
***** / PE		9C2JC4110CR545481	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
FAS / MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/CG 125 FAN XS		2012 2012	
CAP. / POT. / CL.		CATEGORIA	
2P/129CL		PARTIC	
COR PREDOMINANTE		PRETA	
COTA ÚNICA		COTA ANUAL	
1ª LEVA 2017 QUITADO		1ª *****	
RAÍXA LPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
A 1		2ª *****	
3ª *****		4ª *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
SEGURO PAGO		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
SEM RESERVA		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES		PORTA OBRIGATORIO	
SEM RESERVA		PORTA PARA TRANSFERENCIA	
LOCAL		DATA	
CAMARAGIBE		30/01/17	
Charles Andreus Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
<b>PE Nº 013127295951</b> BILHETE DE SEGURO DPVAT EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA RUA ANTONIO CAMILO 578 CENTRO CAMARAGIBE-PE			
		54762-450	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2017		30/01/17	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	802.178.184-04	PEU8866	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
459115823		HONDA/CG 125 FAN XS	
ANO FAB.	SIC. DAB.	Nº CHASSI	
2012	09	9C2JC4110CR545481	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNR (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	TOTAL DO PREÇO DO SEGURO (R\$)
SEGURO PAGO			
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
COTA ÚNICA	PARCELADO		
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> CNPJ 09.248.500/0001-04			
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.			

ARUANA SEGUROS  
11 ABR 2018



Ass: 023 8236/18 n. 318030463

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **Carlos Eduardo da Silva Oliveira**  
DATA DO ACIDENTE: **13-02-18** CRIANÇA: **715.009.004-43**  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: **FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA**  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: **REPRESENTANTE LEGAL** (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)  
ENDERÇO DO RECLAMANTE: **RUA CÔNEGO JOSE FERNANDES MACHADO**  
Nº: **233** COMPLEMENTO: **CASA A** BAIRRO: **VARZEA**  
CIDADE: **RECIFE** UF: **PE** CEP: **50970-230**  
E-MAIL: **FERNANDABRANDAO2013@GMAIL.COM** TELEFONE: **81 3355-9404**

MARKER (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DMS

- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DMS

- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)
- ☒ CERTIFICADO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CÓDIGO 0000-0000-0000-0000)

VINHO DO DIA: **11/04/18**

DATA: **11/04/18**

RECEBIDO: **614/955-2005 PE**

RECEBIDO: **614/955-2005 PE**

RECEBIDO: **614/955-2005 PE**

RECEBIDO: **614/955-2005 PE**

RECEBIDO: **614/955-2005 PE**

RECEBIDO: **614/955-2005 PE**

RECEBIDO: **614/955-2005 PE**

RECEBIDO: **614/955-2005 PE**

https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/156585c2f95a87477projectar=1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180304653 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS EDUARDO DA SILVA **Data do acidente:** 13/02/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.  
OLIVEIRA

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

**Data da análise:** 24/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA**

Nº Sinistro: **3180304653**

Vítima: **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **13/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180304653**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13072880

Pag. 00385/00386 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA**

Nº Sinistro: **3180304653**

Vítima: **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **13/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180304653**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00325/00326 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13080784





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

715.009.004-43

Nome completo da vítima

CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA	802.778.184-04	RECU SA
Endereço	Número	Complemento
RUA: ANTONIO CAMILO	578	CASA
Bairro	Cidade	Estado
AREGIRO	CAMARAGIBE	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
FERNANDABRANCO2013@GMAIL.COM	54.762-450	(81) 98552-9424

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CABA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº	Nº	Nº
3017	71.068		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Camarágibe PE de 01 de 2018

Local e Data

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018

*[Assinatura]*

*[Assinatura de Eduardo de Oliveira Silva]*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 27/03/2018

>> NAO HA LANCAMENTOS PARA O PERIODO

| EXTRATO DE POUPANCA  
PAG: 001

AG: 3017 CAMARAGIBE

OPER: 013 CONTA: 71.068-0

PERIODO: 01032018 ATE: 27032018

CPF: 802.178.184-04

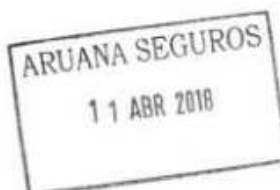
NOME: EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA

VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
----------	------------------	------	-------	-------

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	F12 FINALIZAR
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	

SALDO EM 26/03/2018 R\$ 0,00



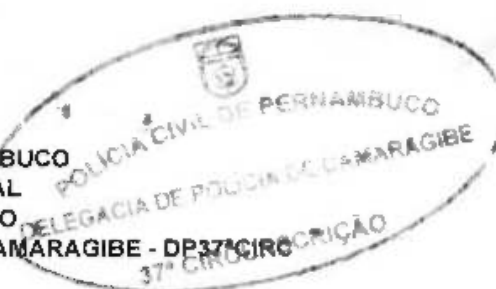
Date: 27/03/2018 Time: 15:58:27







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37CIRC  
DIM/9ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0127001871**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/03/2018** às **18:29**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **13/2/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE TIMBI (BAIRRO), 1** - Bairro: **TIMBI** -  
**CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR \ AGENTE)  
EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA (NOTICIANTE)  
CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA (VÍTIMA) ✓

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA**

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

**EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **LINDALVA DSE OLIVEIRA SILVA** Data de Nascimento: **18/10/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA ANTONIO CAMILO, 578 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

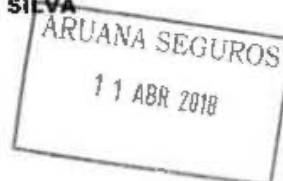
**DESCONHECIDOS (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **22/11/2002** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEÍCULO (VEÍCULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFU8566** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9CJJC4110CR545481**



Complemento / Observação

23/03/2018 18:21

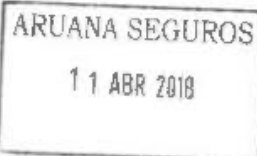


INFORMA QUE TRAFEGAVA NA VIA QUANDO SOFREU UMA TENTATIVA DE ASSALTO E NA FUGA DESEQUILIBROU-SE DA MOTO E CAIU, SOFRENDOS APENAS ESCORIAÇÕES, MAS SEU FILHO (CARLOS EDUARDO) QUE VIAJANA DE CARONA, SOFREU FRATURAS SENDO CONDUZIDO PELO PROPRIO QUEIXOSO AO HGV CONFORME ATENDIMENTO 543246 DATADO DE 13/02/2018, ONDE CITA TODOS OS PROCEDIMEWNTOS MEDICOS.

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

*Eduardo de Oliveira Silva*  
**EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA**  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: *[Assinatura]* **EDVALDO JOSE PEREIRA DE SOUZA** - Matrícula: **3811085**



23/03/2018 18:21



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180304653 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS EDUARDO DA SILVA **Data do acidente:** 13/02/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.  
OLIVEIRA

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

**Data da análise:** 27/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA CPF da Vítima: 715.009.004-43 Data do Acidente: 13-02-18

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal: EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA CPF do Representante legal: 802.779.184-04  
Email: fernannabresmas2013@gmail.com Telefone (DDD): (81) 98552.9424

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Campanha de março de 2018  
Local e Data

ARUANA SEGUROS  
11 ABR 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



## HOSPITAL G. JULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 13/02/2018 22:04

Nome Paciente:	CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	22/11/2002
Sexo:	Masculino
Idade:	15
Senha:	E0032
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 13/02/2018 22:04 - 13/02/2018 22:05

CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: VERMELHO - EMERGÊNCIA

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE PAF. PAI REFERE QUE MENOR ESTAVA COM COLEGA EM MOTO, SOFREU TENTATIVA DE ASSALTO, APRESENTANDO PERFURAÇÕES POR PAF EM CORPO.

Observação: NEGA ALERGIA  
HAS-  
DM-

Fluxograma sintoma: CORPO ESTRANHO

Discriminador(es): - HEMORRAGIA EXANGÜINANTE?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

14/02/18 EOT - vítima de queda de moto c/  
08:00 dor em ombro direito. Nega alergias

Exame: Dor à elevação e abdução do  
ombro D. Neurovascular preservado.

Rx: Sugestivo de LAC grau III -

cd. d. Internamento p/ lta cir.  
eletiva.

Dr. Tercio Vasconcelos  
MÉDICO  
CRM RJ 00374 / CRM AM 003743



25439  
ARUANA SEGUROS  
11 ABR 2018



Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/02/2018 22:05



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>		<b>FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA</b>	
NOME: <u>Carlos Eduardo da Silva Oliveira</u>			
Nº DO REGISTRO:		DATA DE ADMISSÃO: <u>13/02/18</u>	
SETOR:			
<b>ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS. CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.</b>			
<input type="checkbox"/> IDADE > OU IGUAL 65 ANOS			
<input type="checkbox"/> CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS			
<input type="checkbox"/> COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO			
<input type="checkbox"/> DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE			
<input type="checkbox"/> PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA			
<input type="checkbox"/> DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUIDA			
<input type="checkbox"/> HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA			
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)			
<input type="checkbox"/> OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA			
<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO/ANESTESIA			
<input type="checkbox"/> MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL			
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL			
<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA			
<input type="checkbox"/> PACIENTE CIRÚRGICO			
<b>CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.</b>			
<input type="checkbox"/> COLOCADO PULSEIRA ROXA		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
<b>ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:</b>			
<input type="checkbox"/> SIM		ASSINATURA (ORIENTADO):	
<input type="checkbox"/> NÃO			
<b>RECOMENDAÇÕES:</b>			
1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;			
2. Manter a cama na posição baixa, com todas travadas e grades de proteção elevadas;			
3. Orientar a não trancar portas;			
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;			
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;			
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;			
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;			
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;			
9. Manter iluminação adequada durante a noite;			
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;			
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;			
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;			
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;			
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.			
ENFERMEIRA/COREN:			
			
Avenida General San Martin s/n - Cordeiro Recife/PE - CEP 50.000-000 Fone: (0800) 2154500			



# 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:	29/08/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

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

CLIENTE: EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000071068-0

---

---

Nr. da Autenticação B488797C6AD875B0



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA DAS ROSAS - NUM - 00020 - BAIRRO NOVO CIMA  
RAGIBE PE 54750-000

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 75053193		Fev/2018											
EVERALDO COELHO DA SILVA R ANTONIO CAMILO, N. 00578 - - AZEIRO CAMARAGIBE PE 54762-45 INSCRICAO: 766.125.455.0145.000 GR IPO: 16 DEB. AUTOMATICO: 0/75053193															
SITUAÇÃO DA LIGADO	SITUAÇÃO ESBOÇO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMOS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA											
	1														
HIDRÔMETRO A100041178	DATA LEIT. ANTERIOR 09/02/2018	DATA LEIT. ATUAL 12/03/2018	TIPO DE CONSUMO (A/B) MEDIA HD												
AGUA: LEIT ANT: 360 CONSUMO: 3 LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA 4 LEIT FAT: 370															
HISTORICO DE CONSUMO															
REFERENCIA CONSUMO															
		NUMERO DE AMOSTRAS													
PARAMETRO		EXIG. PORT.	ANALISES	ATENDE											
		MS 2.914/11	REALIZ.	A LEGIS											
01/2018	03														
12/2017	02	TURBIDEZ	73	73	73										
11/2017	04	COR APARENTE	73	73	70										
10/2017	04	COLOR RESIDUAL	73	73	73										
09/2017	02	COEF. TOTAL S	73	73	73										
08/2017	04	E. COEF	73	73	73										
MEDIA: 03		Qualidade de Agua: <a href="http://www.compesd.com.br">www.compesd.com.br</a>													
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLOD RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA															
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO		TOTAL (R\$)											
AGUA															
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)															
CONSUMO DE AGUA		3 M3		8,40											
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">VALOR DO IMPOSTO</td> </tr> <tr> <td>8,40</td> <td>1,65</td> </tr> <tr> <td>8,40</td> <td>7,60</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0,14</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0,64</td> </tr> </table>						VALOR DO IMPOSTO		8,40	1,65	8,40	7,60		0,14		0,64
VALOR DO IMPOSTO															
8,40	1,65														
8,40	7,60														
	0,14														
	0,64														

ARUANA SEGUROS

11 APR 2018





**CAIXA**  
seguradora

Contatos da Caixa Seguradora

**Serviços e Redimensionamento**  
3004 4000 Caixa e segredos em português  
0800 702 4000 Caixa e segredos em inglês

**Atendimento Dia e Noite e Sábados**  
0800 722 2492

**Atendimento para Argentina, Paraguai, Uruguai e Chile**  
+ 55 11 4334 8807

**Ouvidoria**  
0800 722 2492

**SAC: sugestões, dúvidas, reclamações e cancelamentos**  
0800 702 4280

**CAS: Central de Atendimento ao Suro**  
0800 702 4260

 [caixa@caixaseguradora.com.br](mailto:caixa@caixaseguradora.com.br)

 [/caixaseguradora](https://www.facebook.com/caixaseguradora)

 [caixaseguradora](https://twitter.com/caixaseguradora)

**CAIXA**

Caixa Seguradora  
Devolução Eletrônica - CEDO  
SHN Quadra 1 Bloco E  
Ed. Sede Caixa Seguradora  
CEP 70701-050 - Brasília - DF



**Correios**  
R\$ 01,85  
05 04.18 - 10:55  
CAIXA  
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233



CTC RECIFE PE PL1

**FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**  
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233  
VARZEA  
50970-230 - RECIFE - PE



7299\*2228926 101X011X1010330030418

 **CARBON FREE**

A emissão de carbono gerada na produção deste material é compensada por meio do plantio de árvores no Mato Atlântico

**PARA USO DOS CORREIOS**

☐ MUDOU-SE  
☐ DESCONHECIDO  
☐ RECUSADO  
☐ FALSO  
☐ AUSENTE  
☐ NÃO PROCURADO  
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE  
☐ CEP  
☐ NÃO EXISTE O Nº INDICADO  
☐ INFORMAÇÕES ESCRITAS PELO  
PORTAL DO SINDICO

RETECE GRADO AO SERVIÇO POSTAL  
EM  
RESPONSA/VI  
DIA



**MISTO**  
Papel produzido a partir de madeira responsável  
FSC C002588

**CAIXA SEGUROS**  
03 JUL 2018



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.639.994 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 715.009.004 / 43, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDES da Vítima CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 715.009.004 / 43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA: CONGO JOSE FERNANDES MACHADOS</u>		Número <u>233</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VARZEA</u>	Cidade <u>RECIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50.970-230</u>
Email <u>FERNANDA BRANDAO2013@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81)98552 9424</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)99472 7853</u>

peix 05 de maio 2018  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

**ARUANA SEGUROS**  
**11 ABR 2018**

