



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)                   |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)                           |                |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)                           |                |
| CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)              |                    |  |                |
| Documentos   |                    |  |                |
| Id.  | Data da Assinatura | Documento  | Tipo           |
| 59207532   | 13/03/2020 10:14   | <a href="#">2688748_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_P ROTOCOLADA_01</a> | Petição em PDF |



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

Processo: 00762698220198172001

**CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.



Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 12 de março de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 13/03/2020 10:14:55  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310145548400000058225112>  
Número do documento: 20031310145548400000058225112



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)                   |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |                    |
| CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)              |                    |  |                    |
| Documentos   |                    |  |                    |
| Id.  | Data da Assinatura | Documento                                  | Tipo               |
| 59207534   | 13/03/2020 10:14   | <a href="#">ANEXO 1</a>                    | Outros (Documento) |

# 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

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



|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|  Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco<br><b>HOSPITAL</b><br><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.<br>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"/> SEDACÃO/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;<br>2. Manter a cama na posição baixa, com todas travadas e grades de proteção elevadas;<br>3. Orientar a não trancar portas;<br>4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;<br>5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;<br>6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;<br>7. Estimular o uso de acessórios de apoio;<br>8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;<br>9. Manter iluminação adequada durante a noite;<br>10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;<br>11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;<br>12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;<br>13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;<br>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 - 13/03/2020 10:14:55  
 https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003131014555610000058225114  
 Número do documento: 2003131014555610000058225114



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

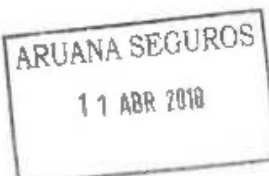
PASTA: 01.03.2018

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):<br><u>luxação antero-clavicular à d.</u>  |   |   |  |
| COMORBIDADE:  |   |   |  |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO:<br><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<br><u>Fernando Mendonça</u><br>Médico<br>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)<br>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: <u>transf.</u> |   |   |  |
| 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<br>ASSINATURA/CARIMBO/CRM                                    |  |

Avenida General San Martín s/n - Cordão  
Recife/PE - CEP 50.630-060  
Fone: 0XX81.31845800

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>plano, flácido, sem sinais de irritação.</i>  |  |
| Diagnóstico Inicial: <i>1. Apendicite aguda</i>   |  |
| Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica  |  |
| Exames Solicitados : 1 - Especializados   |  |
| Resultado de Exames: <i>or. total de leucócitos 12.000, com 80% de neutrófilos e 20% de linfócitos. C. e. f. neg.</i>   | Código Procedimento: <i>Norton Nunes</i><br><i>CRM 21773</i><br>Ass. Médico + Carimbo  |
| Tratamento / Procedimentos: <i>apendicetomia</i>  | Código Procedimento: <i>apendicetomia</i><br>Ass. Médico + Carimbo   |
| Indicação Cirúrgica: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo: <i>apendicite aguda</i>   | Ass. Médico + Carimbo  |
| Evolução de Enfermagem: <i>SF 1000 750 250 1000 565 1000</i>  | Ass. Enfermeira + Carimbo  |
| Diag. Definitivo: <i>apendicite 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,

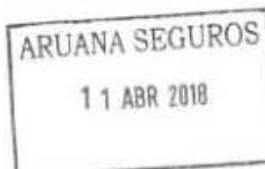
RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico há 04 dias, resultando Fratura  
Luxação Acrômio Clavicular Direita. Evoluindo com dor e edema local.

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 Luxção Acrômio Clavicular Direita. **CID:**

**DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:** **CID:**

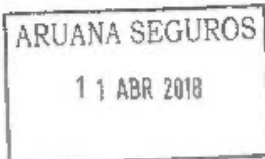
Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:

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

Anestesista: Mauro

Anestesia: Bloqueio de plexo

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

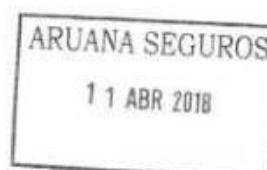
### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 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





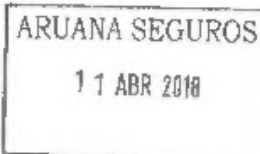
Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

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  
Clín. Ortop. e Colapelo  
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<br/>E TABELIONATO</b><br>14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA)<br>Av. Caxangá, 3.459 - Iputinga<br>Recife, PE<br>Título<br>João Bosco Vasconcelos<br>1º Substituto<br>LIVRO SOBRANTE COM SELO DE<br>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

Foi declarante o pai.

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

ARUANA SEGUROS  
11 ABR 2010

O referido é verdade e dou fé.

Recife, 27 de novembro de 2002

*Maria da Glória Vasconcelos*  
Oficial

Várzea - Iputinga  
Recife - PE  
Título





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

**VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
1219853324

**EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA**

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

**CPF**  
002.179.154-04

**DATA NASCIMENTO**  
19/10/1978

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

**FUNDADOR**  
AD

**DATA HAB**  
AD

**Nº REGISTRO**  
01672647832

**VALIDADE**  
07/01/2019

**PROBILIDADE**  
04/10/2000

**OBSERVAÇÕES**  
Exerce Ativ Remunerada

*Eduardo de Oliveira Silva*

**LOCAL**  
RECIFE - PE

**DATA EMISSÃO**  
15/01/2016

*[Assinatura]*

**ASSINATURA DO ASSINADO**  
17865233414  
PE070499154

**DETRAN - PE - PENHABITACAO**

**PROBILIDADE PLASTIFICAR**  
1219853324

ARUANA SEGUROS  
11 ABR 2018



1221807980

11 APR 2018



| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>MINISTÉRIO DAS CIDADES      |              |                     |           |
|---|--------------|---------------------|-----------|
| DETRAN - PE   |              | Nº 013127295951     |           |
| 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  |              | 1ª                  |           |
| 2ª  |              | 2ª                  |           |
| 3ª  |              | 3ª                  |           |
| PREMIO TARIFARIO (R\$)  |              | PREMIO TOTAL (R\$)  |           |
| SEGURO PAGO   |              | DATA DE PAGAMENTO   |           |
| SEM RESERVA   |              | DATA                |           |
| CAMARAGIBE  |              | 30/01/17            |           |
| Charles Andreus Sousa Ribeiro<br>Diretor Presidente DETRAN/PE |              |                     |           |

| SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS<br>AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS<br>TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT   |                |                         |  |
|---|----------------|-------------------------|--|
| PE Nº 013127295951  |                | BILHETE DE SEGURO DPVAT |  |
| EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA   |                | 54762-450               |  |
| RUA ANTONIO CAMILO 578  |                | CENTRO CAMARAGIBE-PE    |  |
| ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT<br>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO<br>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA<br><a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a><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  |                |                         |  |
| FAB (R\$)   | DETRAN (R\$)   | CUSTO DO SEGURO (R\$)   |  |
| 0   | 0              | 0                       |  |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)  |                |                         |  |
| SEGURO PAGO   |                |                         |  |
| PAGAMENTO   |                |                         |  |
| COTA ÚNICA  | PARCELADO      | DATA DE QUITAÇÃO        |  |
|   |                |                         |  |
| SEGURADORA LÍDER - DPVAT  |                |                         |  |
| CNPJ 09.248.580/0001-04   |                |                         |  |
| DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.<br>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** CRI DA VÍTIMA: **715.009.004-43**  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: **FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA**  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: **REPRESENTANTE LEGAL**  
ENDERECO DO INTERESSADO: **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 AUTENTICIDADE DO ATOR/REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO ATOR/REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO ATOR/REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO ATOR/REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO ATOR/REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO ATOR/REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DMS

- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO ATOR/REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO ATOR/REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO ATOR/REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DMS

- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO ATOR/REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO ATOR/REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO ATOR/REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DO DOCUMENTO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- ☒ PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- ☒ COM BASE NA SÉTIMA DE 1997, REGRAS DE SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPLEMENTARES COM OS SEUS VALORES DESEMPENHADOS.
- ☒ PARA ACOMPANHAMENTO DO SEU SEGURO DE INVALIDEZ, ACESSO: [WWW.DPVATSEGURADOS.COM.BR](http://www.dpvatseguros.com.br) OU LIGAR QUANDO NAO DISPONIBILIZADO 0800 302 3000

VÍTIMA DO ACIDENTE: **Carlos Eduardo da Silva Oliveira**  
DATA: **13/02/18**  
ENDEREÇO: **514155-200 PE**  
ATUALIZAÇÃO: **13/02/18**

RECEBIDO: **13/02/18**  
ARUANA SEGUROS  
13/02/18

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

30/2017

https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/5a585c2f09a87477projectar=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

00020193





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

Carlos 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

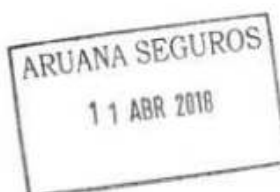
NOME: EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA

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

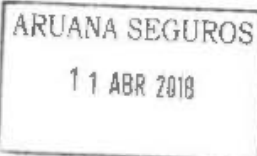


INFORMA QUE TRAFEGAVA NA VIA QUANDO SOFREU UMA TENTATIVA DE ASSALTO E NA FUGA DESEQUILIBROU-SE DA MOTO E CAIU, SOFRENDOS APENAS ESCORIAÇÕES, MAS SEU FILHO (CARLOS EDUARDO) QUE VIAJANA DE CARONA, SOFREU FRATURAS SENDO CONDUZIDO PELO PROPRIO QUEIXOSO AO HGV CONFORME ATENDIMENTO 543246 DATADO DE 13/02/2018,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

E-mail

fernandabresnosa2013@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 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. ULIO 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 PR 00370 CRM RJ 00370

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<br><b>HOSPITAL</b><br><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>13/03/2020</u>               |  |
| ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.<br>CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> IDADE > OU IGUAL 65 ANOS<br><input type="checkbox"/> CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS<br><input type="checkbox"/> COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO<br><input type="checkbox"/> DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE<br><input type="checkbox"/> PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA<br><input type="checkbox"/> DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUIDA<br><input type="checkbox"/> HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA<br><input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)<br><input type="checkbox"/> OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA<br><input type="checkbox"/> SEDAÇÃO/ANESTESIA<br><input type="checkbox"/> MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL<br><input type="checkbox"/> URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL<br><input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA<br><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<br><input type="checkbox"/> NÃO  |  | ASSINATURA (ORIENTADO): _____                     |  |
| <b>RECOMENDAÇÕES:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;</li> <li>2. Manter a cama na posição baixa, com todas travadas e grades de proteção elevadas;</li> <li>3. Orientar a não trancar portas;</li> <li>4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;</li> <li>5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;</li> <li>6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;</li> <li>7. Estimular o uso de acessórios de apoio;</li> <li>8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;</li> <li>9. Manter iluminação adequada durante a noite;</li> <li>10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;</li> <li>11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;</li> <li>12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;</li> <li>13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;</li> <li>14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.</li> </ol> |  |   |  |
| ENFERMEIRA/COREN: _____   |  |   |  |



Dr. Daniel L. Nogueira  
 Enfermeira  
 CRP 102.747  
 Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
 Recife/PE - CEP 50.040-000  
 Fone: (0800) 21545800

HGV/1039.V.1.2019.



# 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<br>R ANTONIO CAMILO, N. 00578 - - AZEIRO (AMARAGIBE PE 54762-45)<br>0<br>INSCRICAO: 766.125.455.0145.000 GR IPO: 16 DEB. AUTOMATICO: 0/75053193   |                           |                                       |                            |             |            |
| SITUACAO DA LIGACAO  | SITUACAO ESGOTO POTENCIAL | RESIDENCIAL                           | QUANTIDADE DE CONSUMIDORES | COMERCIAL   | INDUSTRIAL |
|  |                           | 1                                     |                            |             |            |
| HIDRÔMETRO   | DATA LEIT. ANTERIOR       | DATA LEIT. ATUAL                      | TIPO DE CONSUMO (VAB)      |             |            |
| A100041178   | 09/02/2018                | 12/03/2018                            | MEDIA HD                   |             |            |
| AGUA:<br>LEIT ANT: 360 CONSUMO: 3<br>LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA 4<br>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                        | TURBIDEZ                              | 73                         | 73          | 73         |
| 12/2017  | 02                        | COR APARENTE                          | 73                         | 73          | 70         |
| 11/2017  | 04                        | COLOR RESIDUAL                        | 73                         | 73          | 73         |
| 10/2017  | 04                        | COEF. TOTAL S                         | 73                         | 73          | 73         |
| 09/2017  | 02                        | COEF.                                 | 73                         | 73          | 73         |
| 08/2017  | 04                        |                                       |                            |             |            |
| MEDIA: 03  |                           | Qualidade de Agua: www.compesa.com.br |                            |             |            |
| OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS<br>(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLOID<br>RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA<br>(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES<br>ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA |                           |                                       |                            |             |            |
| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS   |                           | CONSUMO                               |                            | TOTAL (R\$) |            |
| AGUA   |                           |                                       |                            |             |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)   |                           |                                       |                            |             |            |
| CONSUMO DE AGUA  |                           | 3 M3                                  |                            | 8,40        |            |

|                  |      |
|------------------|------|
| VALOR DO IMPOSTO |      |
| PI COMISS        | 8,40 |
|                  | 8,40 |
|                  | 1,65 |
|                  | 7,60 |
|                  | 0,14 |
|                  | 0,64 |

ARUANA SEGUROS

11 APR 2018



**CAIXA**  
seguradora

Contatos da Caixa Seguradora

**Serviços e Redimensionamento**  
0800 702 4000 Caixa e segredos no aplicativo  
0800 702 4000 Caixa e segredos no aplicativo  
**Atendimento Dia e Noite e Sábados**  
0800 722 2492  
**Atendimento para Argentina, Paraguai, Uruguai e Chile**  
+55 11 4334 8807

**Ovidor**  
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



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**

|                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | MUDOU-SE                  |
| <input type="checkbox"/> | DESCONECTADO              |
| <input type="checkbox"/> | RECUSADO                  |
| <input type="checkbox"/> | FALSO                     |
| <input type="checkbox"/> | AUSENTE                   |
| <input type="checkbox"/> | ENDEREÇO INCORRETO        |
| <input type="checkbox"/> | ENDEREÇO INSUFICIENTE     |
| <input type="checkbox"/> | CEP                       |
| <input type="checkbox"/> | NÃO EXISTE O Nº INDICADO  |
| <input type="checkbox"/> | INFORMAÇÕES ESCRITAS PELO |
| <input type="checkbox"/> | PORTAL DO SINDICO         |

RECEBE GRATO 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 BRANCO 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<br><u>RUA: CONGO JOSE FERNANDES MACHADOS</u> |                         | Número<br><u>233</u>                             | Complemento<br><u>CASA</u>                      |
| Bairro<br><u>VARZEA</u>                               | Cidade<br><u>RECIFE</u> | Estado<br><u>PE</u>                              | CEP<br><u>50.970-230</u>                        |
| Email<br><u>FERNANDA.BRANCO2013@GMAIL.COM</u>         |                         | Telefone comercial(DDD)<br><u>(81)98552 9424</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>(81)99472 7853</u> |

peix 05 de maio 2018  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

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

