



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
59207 532	13/03/2020 10:14	<a href="#"><u>2688748_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_PROTOCOLADA_01</u></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.º, 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.

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



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

Num. 59207532 - Pág. 1

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 MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:14:55  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310145548400000058225112>  
Número do documento: 20031310145548400000058225112

Num. 59207532 - Pág. 2



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
59207 534	13/03/2020 10:14	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)

# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora registrada 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: XXXXXXXXXX VERMELHO

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

Observação: NEGA ALERGIA  
HAS-  
DM-

Fluxograma sintoma: CORPO ESTRANHO

Discriminador(es): - HEMORRAGIA EXANGÜINANTE?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

ARUANA SEGUROS

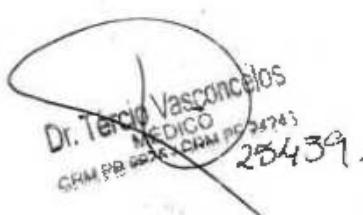
03 JUL 2018

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

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

Rx: Sugestão de LAC grade III.

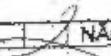
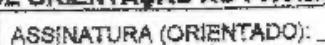
cd: 1. Internamento p/ tra cir.  
eletivo.



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

Data Impressão: 13/02/2018 22:05



 <p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas</p>		 <p><b>FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA</b></p>
<b>NOME:</b> Carlos Eduardo da Silva Oliveira <b>Nº DO REGISTRO:</b> <input type="text"/> <b>SETOR:</b> <input type="text"/>		<b>DATA DE ADMISSÃO:</b> 13/07/18
<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 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 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>ARUANA SEGUROS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">13 JUL 2018</span>
<b>CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.</b>		
<input type="checkbox"/> COLOCADO PULSEIRA ROXA		 <b>NÃO SE APLICA</b>
<b>ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:</b>		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<b>ASSINATURA (ORIENTADO):</b> 
<b>RECOMENDAÇÕES:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;</li> <li>Manter a cama na posição baixa, com todas travadas e grades de proteção elevadas;</li> <li>Orientar a não trancar portas;</li> <li>Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;</li> <li>Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;</li> <li>Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;</li> <li>Estimular o uso de acessórios de apoio;</li> <li>Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;</li> <li>Manter iluminação adequada durante a noite;</li> <li>Orientar e evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;</li> <li>Mantar o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;</li> <li>Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;</li> <li>Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;</li> <li>Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsoniano.</li> </ol>		
<b>ENFERMEIRA/COREN:</b>  Avenida General Benedito José da Cunha - Dendê Recife/PE - CEP 50.000-000 Fone: (81) 3124-6800		
HGV 1328 V.1 2018		



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 MOTOCICLÍSTICO.**

DATA: 14.3.2018

HORA: 13:09:26

PASTA: 01.03.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá  
Dermatologista  
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas

CÓPIA

261310103073-2

F. os Eduardo da Silveira		CARTÃO SUS:	
NO. DA MAE:	Sandra Lucie da Silveira	Nº DO REGISTRO:	903176
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:
22/11/2002	15 anos		
SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>			
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <i>Fractura avulsiva - clavícula à d</i>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>Extrusão +</i>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): <i>/</i>			
DATA DA INTERNAÇÃO: 13/02/18		DATA DA ALTA: 17/02/18	
DIAS DE INTERNAÇÃO:			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>0308010019</i>		CID: 15431	CARIMBO/RENDIMIENTO/FATURAMENTO <i>Fernando Mendonça CRM: 8541</i>
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	
1	CIRURGIANO		
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"/>	DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/>	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>	USO DE OXIGÉNIO
<input type="checkbox"/>	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:		ARUANA SEGUROS	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:		11 ABR 2018	
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <i>Transf.</i>			
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 Martin s/n – Górdio Recife/PE – CEP 50.690-060 Fone: 0XX 81.31845800			
HGV.1010.V.1.2013.			





## 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

Av. Cruz Cabugá 1563 Santo Amaro - Recife - PE  
0.040-000 | CNPJ(MF) 10.869.782/0004-04

Tel/Fax: 81.3412.3800  
[www.santacasarerecife.org.br](http://www.santacasarerecife.org.br)  
[diretoriahsa@santacasarerecife.org.br](mailto:diretoriahsa@santacasarerecife.org.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:14:55  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310145556100000058225114>  
Número do documento: 20031310145556100000058225114

Num. 59207534 - Pág. 5



**HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**

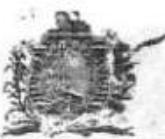


E: Abdômen <i>sono, febre, desidratação, inchaço.</i>			
Diagnóstico Inicial: <i>① Fígado grande, dor de lombo, dor no abdômen.</i>			
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica			
Exames Solicitados : 1 - Especializados			
Resultado de Exames: <i>or boldo e gengibre. O paciente é tipo C, com diabetes melito. Ele não tem "today - nowe" (não fuma, não bebe, não curte esportes, não festeja).</i>	Código Procedimento: <i>Norton Nunes CRM: 21773 Ass. Médico + Carimbo</i>		
Tratamento / Procedimentos: <i>to 13:30 26/4/2018 + 10:10am: I.V. Ass. Enfermeira + Carimbo</i>	Código Procedimento: <i>Ass. Médico + Carimbo</i>		
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:			
Evolução de Enfermagem: <i>SF 1000g 700g - 5651.000 + 10:10am: I.V.</i>			
Diag. Definitivo: <i>Ureia elevada 025</i>			
<b>Definição do Caso:</b> <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	<b>Condição de Alta:</b> <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito		
<b>Informação do Serviço Social</b>			
Confirmação do Nome:	Assist. Social:		
Confirmação do Endereço:			
Providências: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externos: <input type="checkbox"/>	Assist. Social		
Observações:			
<b>Autorização para Alta / Internamento / Transferência</b>			
Médico:	CRM/CRO:	Data:	Hora:
<b>Termo de Responsabilidade Para Internamento:</b>			
- Estou ciente das normas existentes 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: _____	ARUANA SEGUROS	
Nº da Identidade: _____	Assinatura: _____	11 ABR 2018	
<b>Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:</b>			
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, 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 SEPHORRAFT		Impressão: 13/02/2018 22:14 h SEPHORRAFT	

*✓ BIL: alta de volta 1x -> seletiva e evidências  
de projeto nos frangos. Fazendo volta da  
totalização da conta. ② apto queira juntar o resto  
CV: ① Atm da coruja forte!  
② Atm de Outro ③ faltando da ortopedia*

*Norton Nunes  
CRM: 21773*



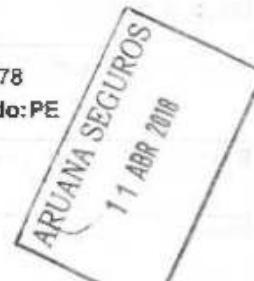


**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
**EMERGÊNCIA**



**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

ATENDIMENTO: 543246      Prontuário: 903176  
**Nome:** CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA      **CPF:** 54756700  
**Data Nasc.:** 22/11/2002      **Idade:** 15      **Sexo:** MASCULINO      **Cor:** 543246  
**RG:** CNS: 898003440166785  
**Endereço:** RUA ANTONIO CAMILO      **Cidade:** CAMARAGIBE  
**Bairro:** ARIEIRO      **Fone:** 87036776      **Profissão:** Nº: 578  
**CEP:** 54756700      **Nº:** 578  
**Nome da Mãe:** SANDRA LUCIA DA SILVA      **Estado:** PE  
**Acompanhante:** EDUARDO DE OLIVEIRA (PAI)  
**Nome do Conjugue:**  
**Local de Procedência:** VIA URBANA      → *em Pernambuco*  
**Clinica:** 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 contra a face com o punho do lado direito. Dá dor no rosto.*

**História do Trauma**

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:			
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Motorista:	<input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/>
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Sofreu Queda:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:		Transporte Realizado por:	
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Por que:	
Observações:					

**Exame Físico:**

**A: Geral** Via aérea está pérvia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp.: C°  
*110 kg*

**B: Respiratório**

*MVR = 60 - 80 - 5 / 12 A Freq = 16pm - SpO2 = 98% -*

**C: Circulatório** PA: x mmHg      Pulso: bpm  
*XDP*

<b>D: Exames Neurológico</b>	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

1 de 2

*ORTOPEDICO*





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

Nome: **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**  
Nº Registro: 562109 Nº Protuario: 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 Acrônio Clavicular Direita + Neurólise + Retração Muscular + Tenomiotomia  
CÓDIGO: 0408010185 / 0403020077 / 0408060670 / 0408060468

### TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

### PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIAO	: 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,

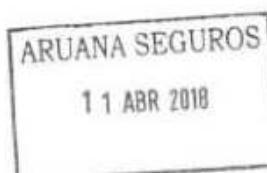
RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motorcyclístico há 04 dias, resultando Fratura Luxação Acrômio Clavicular Direita. Evoluindo com dor e edema local.

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.





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 Protuario: 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.

ARUANA SEGUROS  
11 ABR 2018





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 Protuario: 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 cirúrgico de retração muscular + Tenomiotomia

Cirurgião: Osvaldo Colmbo Jr

Anestesista: Mauro

Anestesia: Bloqueio de plexo

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

### DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2). Assepsia e antisepsia.
- 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 peitoral 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. Tenomiorrafia 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  
Ginecologista e Coloproctologista  
CRM-PE: 16658 / TCCDT - 16658

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018





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 Protuario: 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. Ortopédica e Coloproctologia  
CRM-PE: 16658 / TGDH: 10551

ARUANA SEGUROS  
11 ABR 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:14:55  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310145556100000058225114>  
Número do documento: 20031310145556100000058225114

Num. 59207534 - Pág. 11



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

## 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.  
Macedo L. Odontologista  
Recife - PE 16658

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR  
CRM: 16658



Identificação da  
Vítima.



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL  
E TABELIONATO  
14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA)  
Av. Caxangá, 3.450 - Iputinga  
Recife - PE  
Titular: João Bosco Vasconcelos  
1º Substituto:  
SOMENTE COM SELO DE  
FISCALIZAÇÃO

# República Federativa do Brasil

ESTADO DE PERNAMBUCO

## Registro Civil das Pessoas Naturais

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 A-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

de: 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  
LINDALVA DE OLIVEIRA SILVA  
e maternos: JOSÉ DANTAS DA SILVA  
MARIA BARROSO DE LIMA

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018

Foi declarante o pai.

OBSERVAÇÕES: "Atto gratuito" (Art. 42 da Resolução 131/99)  
- TJPE

O referido é verdade e dou fé.

Recife, 27 de novembro de 2002

*Maria da Glória Vasconcelos*  
Oficial



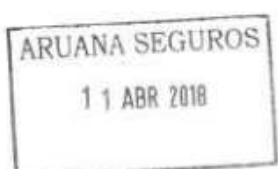


ARUANA SEGUROS  
11 ABR 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:14:55  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310145556100000058225114>  
Número do documento: 20031310145556100000058225114

Num. 59207534 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:14:55  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310145556100000058225114>  
Número do documento: 20031310145556100000058225114

Num. 59207534 - Pág. 15



ARUANA SEGUROS  
11 ABR 2018



<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>		Nº 013127295951	
<b>DETRAN - PE</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS</b>		<b>SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT</b>	
VIA	RENAVAM	RNF.C.	EXERCÍCIO
1	469115823	2017	
NOME EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA			
CAMARAGIBE - PE			
CPF / CNPJ	PLACA		
862.178.184-04	ZFUS565		
PLACA ANT. / UF	CHASSI		
******/PE	9C2JC4110CR545481		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
HAS /MOTOCICLETA	CG SOLINA		
MARCA / MODELO			
HONDA/CG 125 FAN K8			
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	ANO FAB.	ANO MOD.
21/123CL	FRTA	2012	2012
CON PREDOMINANTE			
COTA ÚNICA			
P	IPVA 2017 QUEDADO	1º PARCELA	
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO - COTAS	
A	1	3º PARCELA	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO			
<b>SEGURADO PAGO</b> <b>BILHETE OBRIGATÓRIO</b>			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA - NTD DE PORTE OBRIGATÓRIO			
NÃO HÁ NTD PARA TRANSFERÊNCIA			
CAMARAGIBE		DATA	
Charles Andrews Souza Ribeiro		20/01/17	
Presidente - DETRAN/PE			

<b>PE Nº 013127295951 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b> <b>EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA</b> <b>RUA ANTONIO CHMILIO 578</b> <b>CENTRO CAMARAGIBE - PE</b>		54762-450
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b> <b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b> <b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <a href="http://www.seguradoraallider.com.br">www.seguradoraallider.com.br</a> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>		
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2017	20/01/17	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	862.178.184-04	ZFUS565
RENAVAM	MARCA / MODELO	
469115823	HONDA/CG 125 FAN K8	
ANO FAB.	DET. DATA	NO CHASSI
2012	09	9C2JC4110CR545481
<b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b> RNF (R\$) — DENATRAN (R\$) — CUSTO DO SEGURO (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$) — IOF (R\$) — TOTAL (R\$) — <b>SEGURADO PAGO</b> — PAGAMENTO — PARCELADO — DATA DE CUITAÇÃO COTA ÚNICA — PARCELADO — DATA DE CUITAÇÃO		
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> CNPJ 09.255.898/0001-04		
DESTAKE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NAO E DE PORTE OBRIGATÓRIO.		

ARUANA SEGUROS  
 11 ABR 2018



Secundaria I año : DPV&1

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

## **IDENTIFICAÇÃO**

IDENTIFICAÇÃO			
VITIMA	CARLOS EDUARDO DA SILVA Oliveira		
DATA DO ACERVO	13-02-18 COD. FOLHA 715.009.004-43		
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA		
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	JUR. CIBRA - LIBERAMENTE LIGADO A PUNICÍVEL		
A VITIMA			
ENDERECO DO PORTADOR	RUA DÔNEGO JOSE FERNANDES MACHADO		
HP	233	COMPTOMENTO	CASA A
CIDADE	RECIFE	UF	PE
		SALARIO	VARZEA
		CEP	50970-230

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVESTIGACIÓN PERMANENTE



DOCUMENTAÇÕES COMPLEMENTARES – INSCRIÇÕES PERMANENTES

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS - INVÁLIDOS PERMANENTEMENTE**

  - DOCUMENTOS DE DISTINTOS REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD QUE NO SEAN LOS DUEÑOS DE LA EMPRESA NI SUS ANTECEDENTES TRABAJARON EN LA EMPRESA HACIENDO ALGUNAS DECLARACIONES FALSAS.
  - DOCUMENTOS DE PERSONAS QUE NO SON DUEÑOS, COMO TANTO EL FISCAL.
  - DOCUMENTOS DE PERSONAS QUE NO SON DUEÑOS, ESAS DE HACERLO SON LOS DUEÑOS, ESTAMBIÉN DECLARACIONES FALSAS.
  - DOCUMENTOS DE PERSONAS QUE NO SON DUEÑOS, ESTAMBIÉN HACER ALGUNAS DECLARACIONES FALSAS.

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

1. [TURISMO DE LOS SITIOS Y LUGARES](#)  
1.1. [TURISMO DE LOS SITIOS Y LUGARES DE INTERÉS ARQUEOLÓGICO \(SOLVIR\)](#)  
1.2. [TURISMO DE LOS SITIOS Y LUGARES DE INTERÉS CULTURAL \(SOLCUL\)](#)  
1.3. [TURISMO DE LOS SITIOS Y LUGARES DE INTERÉS NATURAL \(SOLNAT\)](#)  
1.4. [TURISMO DE LOS SITIOS Y LUGARES DE INTERÉS TECNOLÓGICO \(SOLTET\)](#)  
1.5. [TURISMO DE LOS SITIOS Y LUGARES DE INTERÉS TERRITORIAL \(SOLTERR\)](#)  
1.6. [TURISMO DE LOS SITIOS Y LUGARES DE INTERÉS TURÍSTICO \(SOLTUR\)](#)  
1.7. [TURISMO DE LOS SITIOS Y LUGARES DE INTERÉS TECNOLÓGICO Y TERRITORIAL \(SOLTETERR\)](#)  
1.8. [TURISMO DE LOS SITIOS Y LUGARES DE INTERÉS CULTURAL Y TERRITORIAL \(SOLCULTERR\)](#)  
1.9. [TURISMO DE LOS SITIOS Y LUGARES DE INTERÉS ARQUEOLÓGICO Y TERRITORIAL \(SOLVIRTER\)](#)  
1.10. [TURISMO DE LOS SITIOS Y LUGARES DE INTERÉS CULTURAL Y ARQUEOLÓGICO \(SOLCULTVIR\)](#)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - FAMS



MEMORANDUM

- INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

  - PRAZO: 05.11.2008
  - VALOR: R\$ 15.000,00 (DEZ MIL REAIS) COM INSCRIÇÃO DE GRÁVIAÇÃO DE 04 LEÇÕES E DE R\$ 3.000,00 (TRÊS MIL REAIS) PREVISÃO DE 04 LEÇÕES.
  - DESPESAS JURÍDICAS (JUÍZO): REPAROS SOU A R\$ 1.600,00 (TRÊS MIL REAIS) NESTE VALOR VAI CONSTITUIR O TOTAL DA DIKENSA E DAS DESPESAS JURÍDICAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INSCRIÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA IMPRESSÃO DA DOCUMENTAÇÃO CÓPIA CERTIFICADA.

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADO DOCUMENTOS COMPROVANTES COMO OS LIVROS MÉDICO-PHARMACOLÓGICOS

PARA ACOMPANHAR O PRAZO DE INSCRIÇÃO. A (S.S.P.) IMPRIMIRÁ SEU TÍTULO (NAME) NO CUPOM DE INSCRIÇÃO.

www.pnas.org/cgi/content/full/101/39/14393

Mour

— 511045 800 RE

卷之三

110418  
5141955-105-PE  
★  
*S*

A rectangular stamp with a double-line border. Inside, the word "ARUANA SEGUROS" is printed in a bold, sans-serif font. Below it, a handwritten signature "ARUANA SEGUROS" is written over the date "15 DE ABRIL 2018".



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>





Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

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

Nº Sinistro:

**3180304653**

Vitima:

**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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:14:55  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310145556100000058225114>  
Número do documento: 20031310145556100000058225114

Num. 59207534 - Pág. 20

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180304653**  
Vitima: **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

Pag. 00325/00326 - carta\_03 - INVALIDEZ

0040163  


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](http://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 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:  Nome completo da vítima:   
715.009.004-43 Carlos Eduardo da Silva Oliveira

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

Nome completo <b>EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA</b>	CPF titular da conta <b>802.778.184-04</b>	Profissão <b>Ribeirão</b>
Endereço <b>RUA ANTONIO CANILLO</b>	Número <b>578</b>	Complemento <b>6484</b>
Bairro <b>ARES</b>	Estado <b>PE</b>	CPF <b>54.762-450</b>
Email <b>FERNANASILVEIRANO2013@GMAIL.COM</b>	Telefone (DDD) <b>(81)98552-9424</b>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider – 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"/> PECÚLIO 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"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº <b>3017</b>	CONTA Nº <b>71.068</b>	D/V <b>0</b>	D/V <b>0</b>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO: Nome: _____ Nro: _____			
AGÊNCIA Nº <b>_____</b>	CONTA Nº <b>_____</b>	D/V <b>_____</b>	D/V <b>_____</b>
(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 Lider 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.

*Eduardo de Oliveira Silva* de **05** de **2018**  
Local e Data

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

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Page: 1 Document Name: untitled

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 T A X A V A L O R S A L D O

SALDO EM 26/03/2018 R\$ 0,00  
F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG.  
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:14:55  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310145556100000058225114>  
Número do documento: 20031310145556100000058225114

Num. 59207534 - Pág. 23



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP371 CIRCO  
DIM/9ºDESEC



### 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 - Culposo (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 ( VITIMA ) ✓

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**

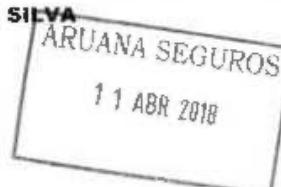
**DESCONHECIDOS (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**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, SOFRENDO 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  
PROCEDIMENTOS MEDICOS.**

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

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

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

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

23/03/2018 18:21



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:14:55  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310145556100000058225114>  
Número do documento: 20031310145556100000058225114

Num. 59207534 - Pág. 25

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### 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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 <b>CARLOS EDUARDO DA SILVA Oliveira</b>	CPF da Vítima <b>415.009.004-43</b>	Data do Acidente <b>13-02-18</b>
--	--	-------------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <b>Eduardo de Oliveira Silva</b>	CPF do Representante legal <b>802-172-184-04</b>
Email <b>FERNANABESENTO2013@GMAIL.COM</b>	Telefone (DDD) <b>(21)98552-9424</b>

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 Lider 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.

*Compreendido* \_\_\_\_\_  
Local e Data

ARUANA SEGUROS  
11 ABR 2018

*Carlos Eduardo de Oliveira Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



# HOSPITAL GETULIO 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 PERFORACOES POR PAF EM CORPO.

Observação: NEGA ALERGIA  
HAS-  
DM-

Fluxograma síntoma: CORPO ESTRANHO

Discriminador(es): - HEMORRAGIA EXANGÜINANTE?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

14/02/18 507 - vítima de queda de moto c/  
08:00 dor em ombro direito. Nega alergias

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

Rx: Sugestão de LAC grau III -

cid d. Internamento p/ lta cir.  
eletivo.



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

Data Impressão: 13/02/2018 22:05



 <p>Secretaria da Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas</p>		 <p><b>FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA</b></p>
NOME:	<i>Carlos Eduardo da Silva Oliveira</i>	
Nº DO REGISTRO:	SETOR:	DATA DE ADMISSÃO: <i>13/02/18</i>
<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 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		
<b>CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.</b>		
<input type="checkbox"/> COLOCADO PULSEIRA ROXA. <i>✓</i> NÃO SE APlica		
<b>ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:</b>		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ASSINATURA (ORIENTADO): <i>[Signature]</i>	
<b>RECOMENDAÇÕES:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação de enfermagem para sua locomoção e mobilização;</li> <li>Manter a cama na posição baixa, com todas travesseiros e grades de proteção elevadas;</li> <li>Orientar a não trancar portas;</li> <li>Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;</li> <li>Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;</li> <li>Auxiliar na desambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;</li> <li>Estimular o uso de acessórios de apoio;</li> <li>Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentear-se;</li> <li>Manter iluminação adequada durante a noite;</li> <li>Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;</li> <li>Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;</li> <li>Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;</li> <li>Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;</li> <li>Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsoniano.</li> </ol>		
<b>ENFERMEIRA/COREN:</b> <i>[Signature]</i> Avenida General José Martins s/n – Centro Recife/PE – CEP 50.000-000 Fone: (81) 3164-6000		
HGV/1228, v.1, 2018.		

# 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:14:55  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310145556100000058225114>  
Número do documento: 20031310145556100000058225114

Num. 59207534 - Pág. 30



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

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

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 75053193	FEV/2018
EVERALDO COELHO DA SILVA	R ANTONIO CAMILO, N. 00578 -	A REEIRO CAMARAGIBE PE 54762-45	
0			
INSCRITO: 766.125.455.0145-000	GR IPO: 16 DEB. AUTOMÁTICO:	0/5053193	
SITUAÇÃO ÁREA: LIGADO	SITUAÇÃO ESIGOTO: POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDROMETRO A100041178	DATA LEIT. ANTERIOR 09/02/2018	DATA LEIT. ATUAL 12/03/2018	TIPO DE CONSUMO (AVE) MEDIA HD

ÁGUA:

LEIT ANT: 360 CONSUMO:3  
LEIT ATU: RECURRENCIA TAXA 4  
LEIT FUT: 370

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

		PARAMETRO	EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDEM.
01/2018	03	TURBIDEZ	HS 2.914/11	73	73	73
12/2017	02	COR APARENTE	73	73	73	70
11/2017	04	CLORO RESIDUAL	73	73	73	73
10/2017	04	CLORF. TOT. S	73	73	73	73
09/2017	03	E. COLI	73	73	73	73
08/2017	04		73	73	73	73
MÉDIA:	03					

MÉDIA: 03 Qualidade da Água: www.compresa.com.br  
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AQUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)		
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	8,40

PR	VALOR DO IMPÔSTO
8,40	3,65
8,40	0,14
	0,64

VENCIMENTO: 25/03/2018 TOTAL A PAGAR: 8,40

MENSAGEM:  
IMÓVEL NÃO POSSUE DEBITOS DE 2011, EXCETO  
SE EXISTIR FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018





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



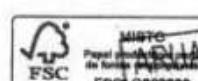
CTC RECIFE PE PL1  
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA  
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233  
VARZEA  
50970-230 - RECIFE - PE



CARBON FREE

A emissão de corrente gerada no processo deste material é  
compensada por meio da plantação de árvores no Mata Atlântica

PARA USO DOS CORREIOS	
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO <input type="checkbox"/> RECLAMADO <input type="checkbox"/> FALSO/DO <input type="checkbox"/> ALUSIVO <input type="checkbox"/> HÁ PROCURADO <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> CEP <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O N° INDICADO <input type="checkbox"/> INFORMAÇÕES ESCUTAS MELO <input type="checkbox"/> PORTUNO OU SIMILAR	
<small>MANTEREGRADO AO SEU ENDERECO EM _____ RESPONSÁVEL: _____ DIA: _____</small>	



BRANCA SEGUROS  
3 JUL 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:14:55  
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310145556100000058225114>  
 Número do documento: 20031310145556100000058225114

Num. 59207534 - Pág. 32



## 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 nº9.613/98.

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 INVALINAS 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	Número	Complemento
RUA: CONDEO JOSE FERNANDES Machados	233	CASA
Bairro	Estado	CEP
VARZEA	PE	50.970-230
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
FERNANDABRANDAO2013@GMAIL.COM	(81)9 8552 9424	(81) 99472 7853

ferix 05 de Abril 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018

