



Número: **0004370-87.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
VALDIR SOARES DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)		

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71224 638	18/11/2020 15:04	<a href="#">2695375_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo: 00043708720208172001**

**TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VALDIR SOARES DA SILVA**, 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:

**DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO**

**LESÃO PREEXISTENTE**

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória DPVAT em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 17/03/2015, tendo recebido o valor de R\$2.362,50 referente à lesão no membro superior esquerdo com repercussão leve (25%):

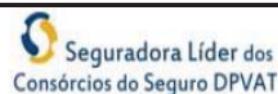
Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 15:04:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111815045426600000069831437>  
Número do documento: 20111815045426600000069831437

Num. 71224638 - Pág. 1

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3150726292 Cidade: Itaquitinga Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA Data do acidente: 17/03/2015 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

**Descrição do exame** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA NA FACE ULNAR DO ANTEBRAÇO ESQUERDO  
**médico pericial:** (CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA URNA) COM LIMITAÇÃO EM CARÁTER MODERADO DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DEFÍCIT DE FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SEM DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS. TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TCE. ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/09/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto de Castro Costa

CRM do médico: 11730

UF do CRM do médico: PE

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

FRISA-SE QUE A PARTE AUTORA REQUER NO PRESENTE PROCESSO INDENIZAÇÃO EM RAZÃO DE SINISTRO OCORRIDO EM 27/06/2018 ALEGANDO LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA, TODAVIA, CONFORME MENCIONADO ACIMA, O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO JÁ FORA INDENIZADO ANTERIORMENTE, OU SEJA, O REQUERENTE SUSTENTA SEU PLEITO INDENIZATÓRIO EM LESÃO IDÊNTICA A QUE FORA RECEBIDA ANTERIORMENTE.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente do membro superior esquerdo foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.



Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,  
RECIFE, 17 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 15:04:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111815045426600000069831437>  
Número do documento: 20111815045426600000069831437

Num. 71224638 - Pág. 3



Número: **0004370-87.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
<b>VALDIR SOARES DA SILVA (AUTOR)</b>		<b>JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)</b>		<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)</b>		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
71224 639	18/11/2020 15:04	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>
Outros (Documento)		

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2015

Carta nº: 7735487

A/C: VALDIR SOARES DA SILVA

Sinistro: 3150726292  
Vítima: VALDIR SOARES DA SILVA  
Data Acidente: 17/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2015

Carta nº: 7881022

A/C: VALDIR SOARES DA SILVA

Sinistro: 3150726292  
Vitima: VALDIR SOARES DA SILVA  
Data Acidente: 17/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **VALDIR SOARES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000054**

Conta: **000000008004-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	<b>2.362,50</b>

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ **2.362,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# 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: 21/09/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: VALDIR SOARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 00000008004-3

---

Nr. da Autenticação EB55B6D32D717D08



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 15:04:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111815045443200000069831438>  
Número do documento: 20111815045443200000069831438

Num. 71224639 - Pág. 3



HR: Senha: 4650069

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITINGA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Data: 17.03.15.  
Hora: 19:00.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PACIENTE: Baldur Batista da Silva REGISTRO: 608015  
PAI: Augusto Batista da Silva  
MÃE: Ermalde Trajano da Silva  
ENDERECO: Alvorada Caiçara N°:  COMPLEMENTO: ICASA  
BAIRRO: Santa Cruz CIDADE: Itaquitinga UF: PE CEP: 55.950-000  
NASCIMENTO: 19/10/81 SEXO: M FONE:  CELULAR:   
RG:  CPF:  PROFISSÃO:   
MAT:  VALIDADE:   
CONVÉNIO:  TIPO:  MÉDICO:   
SEGURADO:  RESPONSÁVEL:   
RG RESPONSÁVEL:  C. / RESPONSÁVEL:   
OBSERVAÇÃO:

DOCUMENTO 4 - T4%



DATA DE SAÍDA: 1/1 HORA DE SAÍDA: CID  
QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO: Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando edema em região orbitária esquerda, vonos exacerbações múltiplas, hiaturas em hoco direito e posterior TCE  
DIAGNÓSTICO: trauma TCE + hiatraumatismo

EXAMES SOLICITADOS:

Descrição do tratamento:

1) Sgto Fumadoxico 500ml c/  
2) Cromol + SE 21 g/  
3) Prozepor 10mg, c/  
→ Transferência pt Hospital Portuários.

ASSINATURA DO RECEPCIONISTA

ASSINATURA DO MEDICO

MEDICO  
CRM-PB 2050  
CRM-PI 2050

ASSINATURA USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

P.A	X	TEMP	°C	PULSO	BPM	PESO
-----	---	------	----	-------	-----	------

PACIENTE NO REPOUSO 1/1 HORA:  RECEBEU ALTA 1/1 HORA:   
PACIENTE TRANSFERIDO () Sim () Não N° Senha  HOSPITAL DESTINO   
1/1 HORA:

SAFE SEG SERVIÇOS  
1 g AGO. 2015  
CNPJ: 10.494.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.000-2





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 448897/2015

NOME: VALDIR SOARES DA SILVA

Foi atendido às 20h19 do dia 17.03.2015

Diagnóstico provável: Pelofratura

TCE moderado - HSAT + contusão cortical frontal esq.  
Fratura de MISE (acetabulo E) - fechada)  
Terceramento conto-contusa em região imontanhares  
lombalgia - fratura em posição inferior do  
sacro: p. sustabilidade

Tratamento realizado: (retenção de contusão automobilística)  
Fixação com fala axilo palmar  
Sutura do ferimento  
Exames complementares  
Traf. de suporte clínico

Obs. Transferido p/ Hosp. M. de Jaboatão em 25.03.15

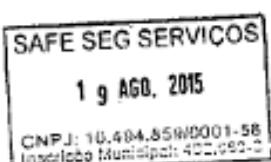
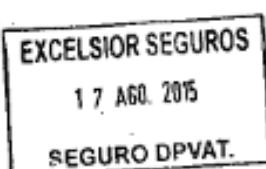
As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03.06.15

SES - Hospital da Restauração  
MÉDICO - CRM No. Dr. Franklin Serra  
Médico do SAME  
CRM: 7874

**Atenção:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040  
Fones: 31815451/31815572



FICHA DÉ ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

Código	REVISÃO
FAT.SAM.01	00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Voldir Soares da Silva

REGISTRO: 713748 DATA DE NASCIMENTO: 19/08/1977

RG: 5544984 ORGÃO EMISSOR: SSP PE

ENDEREÇO: Engenho Parau N°71 Tracunhaém

NOME DA MÃE: Bernadete Trajano da Silva

DATA ADMISSÃO: 25/03/2015 DATA ALTA: 31/03/2015

DATA DO PROCEDIMENTO: 30/03/2015 CID: 552.8

DIAGNÓSTICO: Fratura dos ossos do Antebraço Esquerdo

TRATAMENTO REALIZADO: Treatmente cirúrgico de Fratura dos ossos do Antebraço Esquerdo

MÉDICO: Giselly Veríssimo de Miranda

CREMEPE: 17424

JABOTÃO DOS GUARAPES, 11 DE Mais DE 2015

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

Giselly Veríssimo de Miranda

MÉDICO  
SAFE SEG SERVIÇOS  
19 AGO. 2015  
CNPJ: 10.494.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.069-3

Dra. Giselly Veríssimo  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM-PE 17.424 - TEOT 12793



Instituto Alcides D'Andrade Lima

Usuário: ANALRL  
Data: 30/03/15  
Hora: 15:35

### Sumário de Admissão e Alta

Nome do Paciente: VALDIR SOARES DA SILVA  
Atendimento: 59392  
Sexo: Masculino

Prontuário: 713748  
Unidade de Internação / Leito: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA, LEITO 06

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Procedimento Solicitado:  
Tempo de Permanência Previsto:

Nº AIH:  
CID: SS28

Procedimento AMB Realizado:

Procedimento SUS Realizado:

01/08/2015/23

01/08/2015/23

01 Cirurgião: COD: 17424 DESC: GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

- 02. 1. Auxílio Cirúrgico:
- 03. 2. Auxílio Cirúrgico:
- 04. 3. Auxílio Cirúrgico:
- 05. Demais Auxílios Cirúrgicos:
- 06. Anestesiata:
- 07. Clínico:
- 08. Clínico:

#### Procedimentos Especiais

- Mudança de Procedimento
- Diária de Uti
- Diária de Acompanhante
- Cina Anti - Rh

- Uso de Prótese Órtese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

SECRETARIA DE SAÚDE - P-F-P  
DGSS - Gerência de Controle e Atenção  
Márcia Cecília Mac Dowell  
Média Autorizada: CRM: 602  
CPF: 28.725.884-49

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO  
Diagnóstico Secundário:  
Motivo da Alta: *Melhorado*

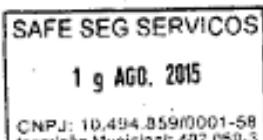
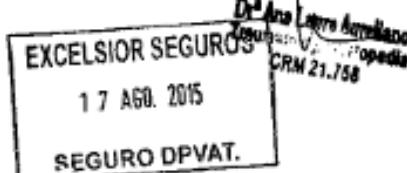
Data de Internação: 25/03/2015

CID: SS28

CID:

Data da Alta: *31/03/15* Dias de Hospitalização: 5 dia (s).

Hospital Memorial Jardim  
Dra. Giselly Verissimo  
CRM 17424 Choppipalha



ANA LAURA RODRIGUES LAFAYETTE-CRM - 21758



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 15:04:54  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111815045443200000069831438>  
 Número do documento: 20111815045443200000069831438

Num. 71224639 - Pág. 7

## ANEXO I

 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO</b>		2 - CNES <b>0000655</b>		3 - CNES
4 - CNES				
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE <b>Valdir Sámo de Silva</b>		6 - DATA DE NASCIMENTO <b>12/03/1977</b>		7 - N° DOCUMENTÁRIO <b>9486900</b>
8 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO <b>Masc. [ ] Fem. [ ]</b>		10 - HOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>Bernadete Marjano da Silva</b>
11 - TELEFONE DE CONTATO DDD [ ] N° DO TELEFONE [ ]				
12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO) <b>Idaqui Tingu</b>				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Idaqui Tingu</b>		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF
16 - CEP				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>Predilete Adm Bktas em V.R + retin. lata transf.</b>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>Exs. flem de moco rinite</b>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAIS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>Fitus dos ossos de Mclubez (E)</b>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fitus dos ossos de Mclubez (E)</b>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
25 - CLÍNICA <b>Alvarez</b>		26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>Acute</b>		28 - DOCUMENTO <b>CNS</b>	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>036938444590</b>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>José Alves da Costa Reis</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>19/03/15</b>	32 - ACESSO/PERMISSÃO (CÓDIGO DO CONSELHO) <b>Technologo / Optopedia</b>	
33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		35 - CNPJ DA SEGURODORA	37 - N° DO BILHETE	
36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - CNPJ IMPRESA	39 - SÉRIE	
39 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40 - CNPJ DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
( ) CNS    ( ) CPF		46 - DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>SAFE SEG SERVIÇOS</b>		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>17 AGO. 2015</b>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO)		
EXCELSIOR SEGUROS		SECRETARIA DE SAÚDE E SOCIAL CECILIA MACHADO BONFIL Município de São Paulo, SP, Brasil CNPJ: 10.484.859/0001-58 Inscrição Municipal: 402.050-3		
17 AGO. 2015		1 gAGO. 2015		
SEGURADO DPVAT.		Assinatura: [ ] GRACI - Sec. Adm. 18002180 - MAT. 229		





Instituto Alcides D'Andrade Lima

Usuário: ANALRL  
Data: 30/03/15  
Hora: 15:36

## Relatório Geral de Cirurgias

Nome: VALDIR SOARES DA SILVA  
Atendimento: 59392  
Sexo: Masculino

Prontuário: 713748  
Unidade de Internação / Leito: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA, LEITO 06

Diagnóstico Pré Operatório: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Risco Operatório:

Cirurgia Realizada: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

Data: 30/03/15

01. Cirurgião: COD: 17424 DESC: GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico:

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Instrumentador:

05. Anestesia: Plexo Braquial

06. Anestesista:

07. Anestesista:

### Descrição da Cirurgia:

ENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA DO PLEXOBRAQUIAL  
ROTEAMENTO E ISQUEMIA DO MSE COM FAIXA DE ESMARCH  
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA  
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS  
INCISAO DE THOMPSON  
ABERTURA POR PLANOS  
VISUALIZADA FRATURA E FIXADA COM PLACA DCP COM 7 FUROS + 06 PARAFUSOS CORTICais  
LAVAGEM COM SF  
INCISAO EM TOPOGRAFIA DA ULNA  
ABERTURA POR PLANOS  
VISUALIZADA FRATURA DISTAL DA ULNA E FIXADA COM PLACA DCP 06 FUROS + 05 PARAFUSOS CORTICais  
VISUALIZADA FRATURA EM TERÇO PROXIMAL DA ULNA E FIXADA COM PLACA DCP 10 FUROS + 01 PARAFUSO CORTICAL  
INTERFRAGMENTARIO + 07 PARAFUSOS CORTICais  
LAVAGEM COM SF  
SUTURA  
CURATIVO JONES  
RETIRADO GARROTE E VERIFICADA BOA PERFUSAO PERIFERICA

Hospital Memorial Jaboatão  
Dra. Giselly Verissimo  
CRM 17424 Ortopedista

SAFE SEG SERVICOS  
1 g AGO. 2015  
CNPJ: 10.494.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.059-3

EXCELSIOR SEGUROS  
17 AGO. 2015  
SEGURÓ DPVAT.

ANA LAURA RODRIGUES LAFAYETTE-CRM - 21758



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 15:04:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111815045443200000069831438>  
Número do documento: 20111815045443200000069831438

Num. 71224639 - Pág. 10

123714

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

**SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA – FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Atendimento nº. 44887

Nome: VALDIR SOARES da Silva

Foi atendido às 20 h do dia 17/03/15

Diagnóstico provável TCE + TRAUMA SACRUM

COD: SOB + 532 data da alta 29/03/15

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALÉIA ( dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS ( que aparecem após a alta )

ANISOCORIA ( MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA )

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia ( NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL )

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Refluxo Ron 30 (trauma)

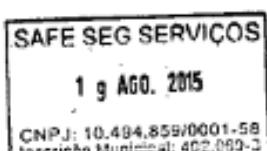
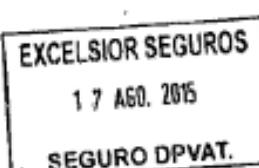
DIA

Dr. Valdir Soares da Silva  
Neurocirurgia CRM-PE 18217

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do

Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação.

Nº 04/2002 do Ministério Públíco do Estado de Pernambuco.





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 15:04:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111815045443200000069831438>  
Número do documento: 20111815045443200000069831438

Num. 71224639 - Pág. 12

123714

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

**SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA – FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Atendimento nº 448897

Nome: VALDIR SOARES da Silva

Foi atendido às 20 h do dia 17/03/15

Diagnóstico provável TCE + TRAUMA SACRUM

COD: SOB + 532 data da alta 29/03/15

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALÉIA ( dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

ALARISIAS ( que aparecem após a alta )

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

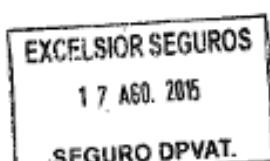
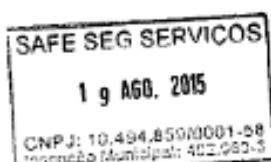
Alergia ( NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL )

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Preciso ir em 30 (KRAUT)  
DIA

Dr. Davi do Oliveira Júnior  
Neurocirurgia

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação. Nº 04/2002 do Ministério Públíco do Estado de Pernambuco.





DOCUMENTO 5 \*T5%



EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVICOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.494.869/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.003.3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 15:04:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111815045443200000069831438>  
Número do documento: 20111815045443200000069831438

Num. 71224639 - Pág. 14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE      N° 012036294202  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	128271469	*****	2015
NOME			
VALDIR SOARES DA SILVA			
IGARASSU - PE			
CPF/CNPJ	PLACA		
024.101.394-18	RJN6013		
PLACA ANT/UF	CHASSI		
***** /PE	9C2KD03308R088841		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
FAB /MOTOCICLETA	gasolina		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA /NXR150 BRO3 E3	2008	2008	
CAP/POT/CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/149CL	PARTIC	AMARELA	
I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
P	IPVA 2015 QUITADO		1* *****
V	FAZALIPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2* *****
A	1	*****	3* *****
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IDF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
A.L. FID. BANCO BRADESCO FINANCEIRO			
Charles Andrews Sousa Ribeiro		DATA	
Dirretor Residente DETAN/PE		20/07/15	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT.

PE N° 012036294202 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VALDIR SOARES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO      DATA EMISSÃO

IGARASSU - PE      2015      28/07/15

VIA      CPF/CNPJ      PLACA

1      024.101.394-18      RJN6013

RENAVAM      MARCA / MODELO

128271469      HONDA /NXR150 BRO3 E3

ANO FAB.      CADUCA

2008      09

Nº CHASSI

9C2KD03308R088841

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$)      DENATRAN (R\$)      CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)      IDF (R\$)      TOTAL A SER PAGO SEGUNDO ID

SEGURADO PAGO

PAGAMENTO      DATA DE QUITAÇÃO

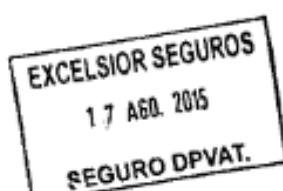
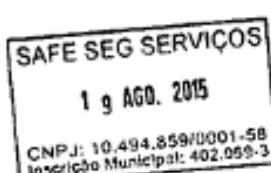
COTA ÚNICA       PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

DESTEQUIS E GUARDE O SILESTO DPVAT  
SLE NAO E DE PORTS OBRIGATÓRIO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 15:04:54  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111815045443200000069831438>

Número do documento: 20111815045443200000069831438

Num. 71224639 - Pág. 15



## AVISO DE SINISTRO DPVAT

Cobertura reclamada  
 Morte  
 Invalidade Permanente  
 OAMIS - Desp. Assist. Médica e Suplementares

Natureza do Evento  
 Atropelamento da vítima  
 Vítima passageiro do veículo  
 Vítima motociclista do veículo

Data do Acidente

17.03.15

Nome da vítima

Valdir Soárez da Silva

Data de nascimento

19/08/77

CPF

024 101 394 18

Informe neste campo o endereço do beneficiário (OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO)

Endereço

Sí Corau

Nº

71

Telefone  
01894707894  
991074430

CEP

55805000

Cidade

TRACONHACEM

Estado

PE

Nome do Corretor

Endereço completo e telefone para contato

Email:

Rua

Nº

Ponto ( )

CEP

Cidade

Estado

## Documentos necessários (Provas do sinistro e Cadastroamento):

Para todas as coberturas

## ATENÇÃO: OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A ASSINATURA DO VERSO DESTA AVISO.

- Boletim de Ocorrência Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio Órgão Expedidor, que comprove a natureza do evento (atropelamento, etc.) e identifique o veículo (nº da placa ou do chassi), que transportava ou atropelou a vítima.
- Cópia frontal e verso do DUT do carro em que ocorreu o acidente (não obrigatório).
- Provação extraida em Cartório, expedida e apresentada mediante o seguro DPVAT, quando o reclamante for analfabeto. Quando a vítima estiver sendo representada por terceiro, a provação poderá ser particular com **firma reconhecida por autenticidade ou verdadeira**.
- Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. do procurador.
- Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. da vítima.
- Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. (obrigatório) do beneficiário.
- Cópia da Certidão de Nascimento da vítima, quando esta for menor e não tiver documento de identidade.
- Cópia do comprovante de residência do responsável,

Em caso de morte

- Certidão de óbito (original ou cópia autenticada).

- Laudo de Necropsia

(momento quando necessária, critério da Seguradora).

- Relatório médico do primeiro atendimento imediatamente após o acidente, consignando o diagnóstico das lesões diretamente. Recomendações do evento e o tratamento proposto para a recuperação da vítima.
- Comprovação das despesas médicas e hospitalares (original).

- Termo ou cessão de direitos passado pela vítima ou seu responsável ou terceiro que pagou as despesas, quando for o caso.
- Declaração do Hospital e/ou clínica, que atendeu a vítima, informando se mantém ou não convênio com o S.U.S., e se o atendimento à vítima foi em caráter particular.

- Relatório do médico assistente consignando grau de incapacidade permanente do órgão ou membro lesado.

- Laudo de Instituto, policial ou Legal, onde ocorreu o acidente, consignando as lesões apresentadas pela vítima e respectivo grau de invalidade definitiva (mínimo, médio, máximo ou total), do órgão membro lesado no acidente.

## Beneficiários do Seguro:

De acordo com a Lei 6.194 de 19/12/74 o beneficiário é o cônjuge, na constância do casamento, equiparando-se como tal a(s) companheiro(s). Na falta destes, os herdeiros legais, obedecida a ordem da vocação hereditária (art. 1603 do Código Civil Brasileiro).

## Documento de habilitação dos beneficiários:

Beneficiário: Cônjugue

- Certidão de Casamento da vítima, com data atualizada.

Beneficiário(s): Companheiro(s)

- Documentação que comprove essa situação e declaração informando se a vítima era solteira, separada ou viúva. (A companheira é equiparada à esposa, obedecidas as leis da Privilégio Social).

Filhos ou Irmãos:

- Declaração informando os nomes de todos os filhos ou irmãos deixados pela vítima, anexando a esta seus respectivos documentos de identidade ou Certidão de Nascimento. Em se tratando de menor de 16 anos, juntar também declaração informando quem é o seu responsável legal ou está exercendo o patrio poder sobre o menor.

Pais:

- Certidão de Nascimento da ou cópia de um documento de identidade da vítima.

Outros:

- Cópia de um documento de identidade.

Obs.:  
 1) Pede-se observar os documentos necessários para cada tipo de cobertura e a sua apresentação.  
 2) Rápida liberação do pagamento da Indenização.

SAFE SEG SERVIÇOS

21 AGO. 2015

CNPJ: 10.494.859/0001-58

Inscrição Municipal: 402.060-3

Ricardo  
Local e data

04.08.15

Assinatura do reclamante

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.494.859/0001-58

Inscrição Municipal: 402.060-3

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.





## DOCUMENTO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO **3150726292**

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **Valdin Soares de Souza**

POR PORTADOR(A) DO RG Nº **5544984**

EXPEDIDO POR **SSP-PE**

EM **23/08/13**

CPF **024401394-28** /CNPJ **00000000-0000-0000**, PROFISSÃO   
E RENDA MENSAL DE R\$  (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO  
SEGURADO DPVAT DA VÍTIMA **o mesmo**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

SAFE SEG SERVICOS

19 AGO. 2015



INSCRIÇÃO 10.074-8580001-85  
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 10.074-8580001-85

**IMPORTANT:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido escrito à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO **104** Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **0054** Nº da CONTA (com dígito, se existir) **0008004-3**

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**Ricardo** \_\_\_\_\_ 04 de **Agosto** de **2015**

LOCAL E DATA

**X Valdin**

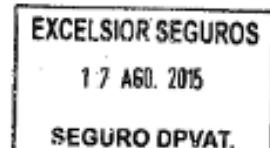
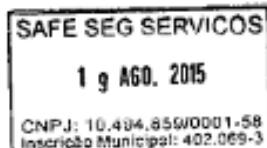
**Assinatura do beneficiário**



### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





DOCUMENTO 1 "T1%"  


POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA - DP55°CIRC  
 DINTER1/11°DESEC

55ª CIRCUNSCRIÇÃO

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 15E0145000106

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/03/2015** às **13:03**

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/3/2015 às 19:00**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01, PROXIMO AO TREVO DE ITAQUITINGA, E AO POSTO DE GASOLINA NA ENTRADA DA CIDADE - Bairro: VILA MATARY - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL / PROXIMO AO POSTO

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

SEVERINO CARLOS FERREIRA ( AUTOR / AGENTE )  
 JOSÉ MARCIO ALVES DE BRITO MAT 29477-2 ( OUTRO )  
 JOSIVALDO DE LACERDA PEREIRA ( OUTRO )  
 LENILDO JOSÉ DO NASCIMENTO ( TESTEMUNHA )  
 VALDIR SOARES DA SILVA ( VITIMA )

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

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALDIR SOARES DA SILVA

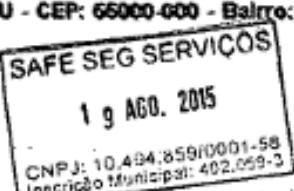
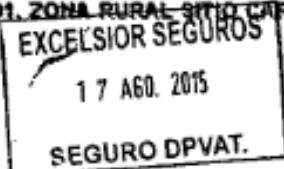
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO CARLOS FERREIRA

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

SEVERINO CARLOS FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA  
 Pai: NAO DECLARADO Data de Nascimento: 10/5/1946 Naturalidade: MORENO / PERNAMBUCO /  
 BRASIL Documentos: 1055413/SSP/PE (RG), 31170668463 (CPF), 01278266634 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)  
 Escolaridade: 1º, GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares:  
 - 8196264563

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CONDADO, 58, PROXIMO A IGREJA BATISTA - CEP: 0 - Bairro: VILA JARARACA - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

VALDIR SOARES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: BERNADETE TRAJANO DA SILVA  
 Pai: AUGUSTO SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 19/8/1977 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /  
 BRASIL Documentos: 03191548391 (CNH) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: COMERCIANTE  
 Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01, ZONA RURAL Sítio CARAU - CEP: 65000-000 - Bairro:  
 CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL



13/5/2015 1



**LENILDO JOSÉ DO NASCIMENTO** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ ALVES Pai: JOSÉ DO NASCIMENTO RAMOS Data de Nascimento: 13/4/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: MOTORISTA Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 01, ZONA RURAL, SITIO CARAU - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

**JOSÉ MARCIO ALVES DE BRITO** MAT 29477-2 (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRIA PEREIRA DE BRITO Pai: JOSE LOPES DE BRITO Data de Nascimento: 3/6/1969 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 36184/PMPPE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: POLICIAL MILITAR Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 01, DESTACAMENTO LOCAL DE POLICIA MILITAR - CEP: 0 - Bairro: CHA DE AREIAS - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

**JOSIVALDO DE LACERDA PEREIRA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ADIR TRAJANO DE LACERDA PEREIRA Pai: JOÃO DE MELO PEREIRA Data de Nascimento: 23/12/1966 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 34453/PMPPE/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: POLICIAL MILITAR Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 01, DESTACAMENTO DE POLICIA MILITAR DE ITAQUITINGA - CEP: 56 - Bairro: CHA DE AREIAS - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**CARRO SIENA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINO CARLOS FERREIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO CARLOS FERREIRA  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/FIAT/FIAT SIENA Objeto apreendido: Não  
Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: MYC8283 (PERNAMBUCO/CONDADO) Renavam: 776578588 Chassi: 9BD17201223011252  
Ano Fabricação/Modelo: 2002/2002 Combustível: GASOLINA

**MOTOCICLETA BROZ (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): VALDIR SOARES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): VALDIR SOARES DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não  
Cor: AMARELA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJH-8013 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 128271469 Chassi: 9C2KD03308R088841  
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA

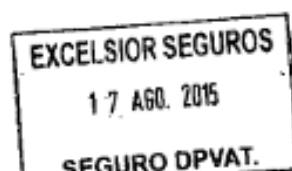
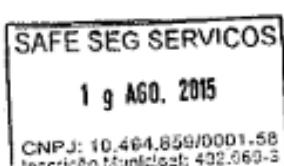
#### Complemento / Observação

CONFORME BO DA PMPE DE Nº 1931/16 NA DATA E HORÁRIO ACIMA, QUANDO A GUARDA COMPPOSTA POR CB LACERDA MAT 28141-7 E CB MARCIO MAT.29477-2, REALIZANDO RONDAS NO LOCAL SE DEPARARAM COM UM ACIDENTE DE TRANSITO NO TREVO DA PE-052 QUE DA ACESSO A PE-04, QUE VAI DA DESTINO A CIDADE DE CONDADO, ONDE UM VEÍCULO FIAT SIENA DE PLACA MYC 8283 QUE TRANSITAVA NA PE 052 COM DESTINO A CIDADE DE CONDADO, POIS AO CONDUZIR O CARRO NO TREVO PELA CONTRAMÃO CHEGOU A COLIDIR COM UMA MOTOCICLETA DE COR AMARELA, SENDO UMA BROZ DE PLACA KJH-8013, ONDE ESTAVA SENDO CONDUZIDA PELO SENHOR VALDIR SOARES DA SILVA, QUE DEVIDO A COLISÃO FOI SOCORRIDO E DEU ENTRADA NA UNIDADE MISTA DA CIDADE DE ITAQUITINGA, ONDE RECEBEU OS PRIMEIRO SOCORROS, E SENDO LOGO REMOVIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. JÁ O MOTORISTA DO SIENA O SENHOR SEVERINO FOI SOCORRIDO E DEU ENTRADA NO HOSPITAL JOÃO FERREIRA DE ANDRADE NA CIDADE DE CONDADO, ONDE O MESMO RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E LIBERADO PELO MEDICO DE PLATÃO. INFORMO AINDA QUE FOI DADO CIÊNCIA DO ACIDENTE, A DELEGADA DE PLATÃO DE NAZARÉ DA MATA, DIANTE DO FATO REGISTRO A OCORRÊNCIA PARA AS PROVIDENCIAS.

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

**SEVERINO CARLOS FERREIRA**  
(AUTOR / AGENTE)

**LENILDO JOSÉ DO NASCIMENTO**  
(TESTEMUNHA)

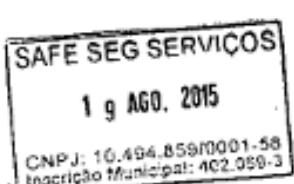
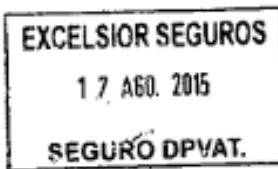


13/5/2015 1

JOSÉ MARCIO ALVES DE BRITO MAT 29477-2  
(OUTRO)

JOSIVALDO DE LACERDA PEREIRA  
(OUTRO)

B.O. registrado por: MARCIO ALVES DE BRITO - Matrícula: 350645-2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Valdir Soares da Silva, portador da carteira de identidade nº 55.449.84 e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.101.394-18, residente e domiciliado na 51 CARAU, 71 - Rural / Tracunhaém Rural, Cidade Tracunhaém, Estado PE, 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:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 à 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 "T2%"

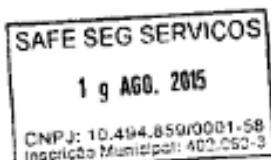
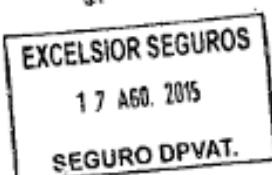


Valdir Soares da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2015

Local e data





H.R.: Senha: 4650069  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITINGA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Data: 17.03.15.  
Hora: 19:00.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PACIENTE: Pedro Boaventura da Silva REGISTRO: 608015  
PAI: Augusto Boaventura da Silva  
MÃE: Alma de Grajano da Silva  
ENDERECO: Rua do Rio, 100 Nº: 100 COMPLEMENTO: Conjunto  
BAIRRO: Itaquitinga CIDADE: Itaquitinga UF: PE CEP: 55.950-000  
NASCIMENTO: 19/08/72 SEXO: M FONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
MAT: \_\_\_\_\_ VALIDADE: \_\_\_\_\_ GUIA: \_\_\_\_\_  
CONVÊNIO: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_ MÉDICO: \_\_\_\_\_  
SEGURADO: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
RG RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ C. / Responsável: \_\_\_\_\_  
OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

DATA DE SAÍDA: / / HORA DE SAÍDA: CID: / /  
QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO: Paciente, vítima de acidente  
auto-motociclico apresentando edema em regio-  
es órfanica esquerda, fraturas expostas múltiplas  
medulares em hoco direito e péraltel, TCE  
apresentando lesão contusiva macromolosa  
DIAGNÓSTICO: Trauma (TCE + Fratura medular)

EXAMES SOLICITADOS:

DOCUMENTO 3 "T3%"

Descrição do tratamento: 1 Soro Fisiológico 500ml, EV  
2 Ixamal + SE 31 EV  
3 Diclofenac 10mg, EV  
4 Tromboléia 1f lio pélv. Portátil

ASSINATURA DO RECEPCIONISTA

ASSINATURA DO MÉDICO

MED  
CRM-PB 00000  
CRM-PE 00000

ASSINATURA USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

EXCELSIOR SEGUROS

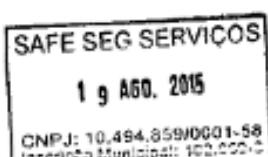
17 AGO. 2015

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

P.A X TEMP °C PULSO BPM PESO

SEGURO DPVAT.

PACIENTE NO REPOUSO / / HORA: RECEBEU ALTA / / HORA:  
PACIENTE TRANSFERIDO ( )Sim ( )Não N° Senha: HOSPITAL DESTINO: 0301060061  
/ / HORA: 0301100012  
0301060063





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150726292      **Cidade:** Itaquitinga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDIR SOARES DA SILVA      **Data do acidente:** 17/03/2015      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 02/09/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TCE

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
				Total
			0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150726292      **Cidade:** Itaquitinga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDIR SOARES DA SILVA      **Data do acidente:** 17/03/2015      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

**Descrição do exame** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA NA FACE ULRNAR DO ANTEBRAÇO ESQUERDO  
**médico pericial:** (CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA URNA) COM LIMITAÇÃO EM CARÁTER MODERADO DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DEFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS. TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TCE. ALTA MÉDICA DEFINITIVA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro superior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/09/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Roberto de Castro Costa

**CRM do médico:** 11730

**UF do CRM do médico:** PE

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **VALDIR SOARES DA SILVA** Sinistro: **3150726292** Data: **17/03/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **SI CARAU, 71, RURAL - TRACUNHAEM RURAL - Tracunhaém - PE - CEP 55805-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **5544964**

Data local do exame: [ **08/09/2015** ] **Limoeiro** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA NA FACE ULNAR DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA ULNA) COM LIMITAÇÃO EM CARATER MODERADO DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DEFÍCIT DE FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SEM DEFÍCIT NEUROLÓGICO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS. TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TCE. ALTA MÉDICA DEFINITIVA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do membro superior esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):  
**Membro superior esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

  
Assinatura do Médico Examinador – CRM

Roberto de Castro Costa - CRM: 11730 - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 15:04:54  
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111815045443200000069831438

Número do documento: 20111815045443200000069831438

Num. 71224639 - Pág. 27



Número: **0004370-87.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
<b>VALDIR SOARES DA SILVA (AUTOR)</b>		<b>JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)</b>		<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>
<b>HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)</b>		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
71224 640	18/11/2020 15:04	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>
Outros (Documento)		

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180508591      **Cidade:** Carpina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDIR SOARES DA SILVA      **Data do acidente:** 27/06/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 14/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### DANOS

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

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

