



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**

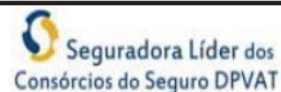
**LESÃO PREEXISTENTE**

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



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=2011181504542660000069831437>  
Número do documento: 2011181504542660000069831437

**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 médico pericial:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA NA FACE ULNAR DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA ULNA) COM LIMITAÇÃO EM CARÁTER MODERADO DA PRONOSSUPINAÇÃO 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.

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

**Sequelae:** 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, nexos 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 MELO 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	
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
71224639	18/11/2020 15:04	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Seguradora Líder - DPVAT



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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01121/01122 - carta\_02

00010561



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\$	2.362,50

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

Pag. 00311/00312 - carta\_15R



# 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: 000000008004-3

---

---

Nr. da Autenticação EB55B6D32D717D08







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: Paulo Soares da Silva  
PAI: Augusto Soares da Silva REGISTRO: 608015  
MÃE: Elisabete Trajano da Silva  
ENDEREÇO: Rua Manoel Carlos  
BAIRRO: São João Nº: 100A COMPLEMENTO: 100A  
CIDADE: Itaquitinga UF: PE CEP: 55.950.000  
NASCIMENTO: 19/08/74 SEXO: M FONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
MAT: \_\_\_\_\_ VALIDADE: \_\_\_\_\_ GUIA: \_\_\_\_\_  
CONVÊNIO: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_ MÉDICO: \_\_\_\_\_  
SEGURADO: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
RG RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ C. RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO 4 "T496"  
[Barcode]

DATA DE SAÍDA: 1/1 HORA DE SAÍDA: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO: Acidente, vítima de acidente  
automobilístico apresentando edema em região  
inferior esquerda, dores locais, múltiplas  
fraturas em fôco diretos e indiretos T.C.E  
apresentando tombo em região lombar  
DIAGNÓSTICO: trauma T.C.E + lesões múltiplas

EXAMES SOLICITADOS: \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO: 1 Soro Fisiológico 500ml, EV  
2 Tramal + Soro, EV  
3 Difenidramina 10mg, EV  
- Transferência p/ Hospital Referencial

ASSINATURA DO RECEPCIONISTA

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

P.A. X TEMP °C PULSO BFM PESO

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO, 2015

SEGURO DPVAT.

PACIENTE NO REPOUSO: 1/1 HORA: \_\_\_\_\_ RECEBEU ALTA: 1/1 HORA: \_\_\_\_\_  
PACIENTE TRANSFERIDO ( ) Sim ( ) Não Nº Senha: \_\_\_\_\_ HOSPITAL DESTINO: 0301060061  
\_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ 0301100032  
0301060063

SAFE SEG SERVIÇOS

19 AGO, 2015

CNPJ: 10.494.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.022-3



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: Poli-trauma  
TCE moderado - H.S.A.T. + contusão cortical frontal, t.  
fratura de MSE (Ateletasia) (E) - fechada  
terceiro corpo-contusa em região ventral  
lombalgia - fratura em posição superior do  
sacro - & sustentabilidade  
Tratamento realizado: (Vítima de contusão automobilística)  
Imobilização com tala axilo palmar  
Setura do ferimento  
Exames complementares  
Trat. 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

MÉDICO - CRM No. Dr. Franklin Serra  
SES - Hospital da Restauração  
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

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.484.858/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.092-2



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

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

NOME: Váldir Soares da Silva

REGISTRO: 413748 DATA DE NASCIMENTO: 19/08/1977

RG: 5544984 ORGÃO EMISSOR: SSP PE

ENDEREÇO: Engenho Porai N°71 Tracunhaem

NOME DA MÃE: Bernadete Tracunha da Silva

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

DATA DO PROCEDIMENTO: 30/03/2015 CID: S52.8

DIAGNÓSTICO: Fratura dos Ossos do Antebraço Esquerdo

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos do Antebraço Esquerdo

MÉDICO: Giselly Veríssimo de Miranda

CREMEPE: 17424

JABOATÃO DOS GUARAPES, 11 DE Maio 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 12797



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 05

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

Nº AIH: 5528  
CID: 5528

Procedimento Solicitado: 0408020423  
Tempo de Permanência Previsto:

Procedimento AMB Realizado:

Procedimento SUS Realizado:

0408020423

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. Anestesista:  
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 - RJ  
DGOS - Gerência de Controle e Avaliação  
Marta Gagliardi Mac Dowell  
Médica Auditora - CRM: 8522  
CPF: 258.725.554-49

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO  
ESQUERDO

CID: 5528

Diagnóstico Secundário:  
Motivo da Alta:

CID:

Data de Internação: 25/03/2015

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

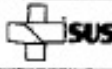
Hospital Memorial Labatão  
Dra. Giselly Verissimo  
CRM 17424 Ortopedista

ANA LAURA RODRIGUES LAFAYETTE - CRM - 21758

EXCELSIOR SEGUROS  
17 AGO. 2015  
SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVICOS  
19 AGO. 2015  
CNPJ: 10.494.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.950-3



 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO</b>		2 - CHES <b>00000655</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>ITA</b>		4 - CNES _____
<b>Identificação do Paciente</b>		
6 - NOME DO PACIENTE <b>Valdir Sampaio da Silva</b>		7 - Nº DO HISTÓRICO <b>7486906</b>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>12/03/1977</b>
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>Bernadete Trujano da Silva</b>		10 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1    Fem. <input type="checkbox"/> 3
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>Itaquetinga</b>		12 - TELEFONE DE CONTATO _____
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Itaquetinga</b>		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____
15 - UF _____		16 - CEP _____
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>Pré-diagnóstico de AVC isquêmico em PA + hipertensão arterial sistêmica.</b>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO _____		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>Exame de sangue com colesterol total 200 mg/dL.</b>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Falta dos sinais de AVC isquêmico</b>		
21 - CID 10 PRINCIPAL _____		
22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____		
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>Admissão</b>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____
26 - CLÍNICA <b>Admission</b>		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____
28 - DOCUMENTO _____		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>036789464590</b>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>Admission</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>19/03/15</b>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO) <b>Admission</b>		33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO <b>12411701302</b>
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>		
34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		37 - CNPJ DA SEGURADORA _____
38 - CNPJ DA EMPRESA _____		39 - Nº DO BILHETE _____
40 - CNPJ DA EMPRESA _____		41 - CNPJ DA EMPRESA _____
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO    ( ) EMPREGADOR    ( ) AUTÔNOMO    ( ) DESEMPREGADO    ( ) APOSENTADO    ( ) NÃO SEGURO		43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____		45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR _____
46 - DOCUMENTO _____		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL _____
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO) <b>SECRETARIA DE SAÚDE - RCP          Maria Cecília Maciel          CPF: 258.725.894-49</b>
<b>EXCELSIOR SEGUROS</b> 17 AGO. 2015 <b>SEGURO DPVAT.</b>		<b>SAFE SEG SERVIÇOS</b> 19 AGO. 2015 CNPJ: 10.484.859/0001-58 Inscrição Municipal: 402.050-2

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

LES-ORTOPEDIA

Atendimento: 59392

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SES - ORTOPEDIA

Cartão SUS :

Responsável:

Observação:

Prontuário: 713748

Hora: 25/03/2015 11:02:36

Naturalidade

Nome: VALDIR SOARES DA SILVA

Data de Nascimento: 19/08/1977

Sexo: MASCULINO

Idade: 37 Anos 7 Meses 6 Dias

Profissão:

CPF:

Identidade: 5544984 - SSP/PE

Fone: 91074430

Est. Civil: SOLTEIRO

Cônjuge:

Escolaridade:

Nome do Pai:

Nome da Mãe: BERNADETE TRAJANO DA SILVA

Endereço: RUA SÃO JORGE

Bairro: POVOADO DE CARNE DE VACA

CEP: 55900975

Cidade: GOIANA

UF:

Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO

CRM: 17259

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRURGICA ORTOPEDICA

CID:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

Paciente com história de queda de membro e com fratura de antebraço e esmagamento do M.R.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

ECG, Exame físico, aparelho cardíaco, pulmões, correntes e orelhas.

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

Data: 31.03.15

- Hora de Saída:

:

h - Médico:

Dr. José A. A. Araújo  
Médico  
CRM 17259

Rua Doutor Luis Regueira, 774 - Prazeres - CEP: 54160-594 - Jaboatão dos Guararapes - PE

Telefone: (81) 3461.5300 - www.bmgne.org

EXCELSIOR SEGUROS

17 ABO. 2015

SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVICOS

19 ABO. 2015

CNPJ: 10.494.850/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.069-3



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: GISELY VERISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico:

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Instrumentador:

05. Anestesia: Flexo Braquial

06. Anestesia:

07. Anestesista:

### Descrição da Cirurgia:

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

Hospital Memorial Jaboatão  
Dra. Gisely Veríssimo  
CRM 17424 Ortopedista

ANA LAURA RODRIGUES LAFAYETTE-CRM - 21758

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

EXCELSIOR SEGUROS  
17 AGO. 2015  
SEGURO DPVAT.



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 + TRM SACRA

CM: SOB + 532 data da alta 24/03/15

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: Relevo RN 30 (RENITA)

DIA

Dr. Divaldo Câmara Junior  
Neurocirurgia  
CRM 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 Público do Estado de Pernambuco.

**EXCELSIOR SEGUROS**

17 AGO. 2015

**SEGURO DPVAT.**

**SAFE SEG SERVIÇOS**

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.484.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.089-3







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 + TRM SACRA

CID: S06 + S32 data da alta 24/03/15

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOGORIA (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: Revisão em 30 (trinta)

DIAS

Dr. Divaldo Câmara Júnior  
Neurocirurgia  
CRM 10217

**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 Público do Estado de Pernambuco.

SAFE SEG SERVICOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.494.850/0001-98  
Inscrição Municipal: 402.983-5

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA CIDADES  
 SECRETARIA NACIONAL DE HABITAMENTO  
 SECRETARIA NACIONAL DE HABITAMENTO

VALIDA EM TODA  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 760622217

NOME  
 VALDIR SOARES DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. ORG. (INSCRIÇÃO)  
 5544584 RPP ES

CPC  
 824.101.394-1R

DOCUMENTO  
 19/06/1977

FILIAÇÃO  
 AUGUSTO SOARES DA  
 SILVA  
 BENHADETE THACIANO DA  
 SILVA

COMISSÃO  
 AD  
 CNE. N.º  
 AD

INSCRIÇÃO  
 03191548391

VALIDADE  
 31/07/2018

EXPIRAÇÃO  
 11/02/2004

DESCRIÇÃO  
 Exerce Ativ. Regularizada

Assinatura do Titular  
 Valdir Soares da Silva

LOCAL  
 CARPINA - ES

DATA EMISSÃO  
 23/08/2013

Assinatura do Titular  
 Valdir Soares da Silva

5544584 RPP ES  
 824.101.394-1R

SECRETARIA NACIONAL DE HABITAMENTO



EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS

1 g AGO. 2015

CNPJ: 10.484.868/0001-58  
 Inscrição Municipal: 402.013-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012036294202  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 120271469 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2015

NOME  
VALDIR SOARES DA SILVA

IGARASSU-PE 0

CPF / CNPJ 024.101.394-18 PLACA KJN6012

PLACA ANT / UF \*\*\*\*\* / PE CHASSI 9C2KD03308R088341

ESPÉCIE TIPO EAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BRO3 E3 ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP / POT / CL 29 / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AMARELA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1\* VENC. / COTAS 1\* \*\*\*\*\*

IPVA 2015 QUITADO 2\* \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

REGURO PAGO OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO BRADESCO FINACIANE

IGARASSU DATA 09/07/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor-Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 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  
SAC DPVAT 0800 022 1204

IGARASSU-PE EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 28/07/15

VIA 1 CPF / CNPJ 024.101.394-18 PLACA KJN6012

RENAVAM 120271469 MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BRO3 E3

ANO FAB. 2008 CAT. URB. 09 Nº CHASSI 9C2KD03308R088341

PRÊMIO TARIFÁRIO

RIS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE PORTES OBRIGATORIO

DOCUMENTO 6 "T6%"

SAFE SEG SERVIÇOS  
19 AGO. 2015  
CNPJ: 10.494.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.059-3

EXCELSIOR SEGUROS  
17 AGO. 2015  
SEGURO DPVAT.



## AVISO DE SINISTRO DPVAT

Cobertura reclamada

Natureza do Evento

Data do Acidente

( ) Morte

( ) Atropelamento da vítima

(X) Invalidez Permanente

( ) Vítima passageiro do veículo

( ) OAM - Desp. Assist. Médica e Suplementares

(X) Vítima motorista do veículo

17.03.15

Nome da vítima	Data de nascimento	CPF
Valdir Soares da Silva	19/08/77	024 101 394 18

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

Endereço	Nº	Telefone
Si. Caran	71	(11) 994707894 991074430
CEP	Cidade	Estado
55805000	TRACUNHAEM	PE

Nome do Corretor	Endereço completo e telefone para contato
E-mail	Rua Nº Fone ( )
	CEP Cidade Estado

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

Para todas as coberturas	Em caso de morte	Despesas Médicas	Invalidez
<b>ATENÇÃO: OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A ASSINATURA DO VERSO DESTES AVISOS.</b> • Boletim da Ocorrência Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio Órgão Expedidor, que descreva a natureza do evento (colisão, atropelamento, etc.), identificando o veículo (nº de placa ou do chassi), que transportava ou atropelou a vítima. • Cópia frente e verso do DUT do ano em que ocorreu o acidente (não obrigatório). • Procuração emitida em Cartório, específica para recebimento de valores DPVAT, quando o reclamante for analfabeto. Quando a vítima estiver sendo representada por terceiro, a procuração 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 receptor.	• Certidão de óbito (original ou cópia autenticada). • Laudo de Necropsia (somente quando necessário, em cartório de Seguradora).	• Relatório médico do primeiro atendimento imediatamente após o acidente, consignando o diagnóstico das lesões diretamente relacionadas do evento e o tratamento proposto para a recuperação da vítima. • Comprovantes das despesas médicas e hospitalares (originais). • Termo de cessação de direitos passado pela vítima ou seu responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando for o caso. • Declaração do Hospital e/ou clínica, que ateste a vítima, informando se mantém ou não convênio com o S.U.S., e se o atendimento à vítima foi em caráter particular.	• Relatório de médico assistente consignando grau de redução permanente do órgão ou membro lesado. • Laudo de Instituto Médico Legal, jurisdição onde ocorreu o acidente, consignando as lesões apuradas pela vítima e respectivo grau de invalidez definitiva (mínimo, médio, máximo ou total), do órgão membro lesado no acidente.

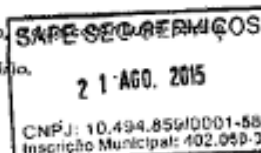
## Beneficiários do Seguro:

De acordo com a Lei 5.194 de 10/12/74 o beneficiário é o cônjuge, na constância do casamento, equiparando-se como tal a(o) companheiro(a) e, na falta destes, os herdeiros legais, obedecida a ordem da vocação hereditária (art. 1603 do Código Civil Brasileiro).

## Documento de habilitação dos beneficiários:

Beneficiário: Cônjuge	• Certidão de Casamento da vítima, com data atualizada.
Beneficiário(s): Companheiro(a)	• 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 Previdência 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 18 anos, juntar também declaração informando quem é o seu responsável legal ou está exercendo o pátrio 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.

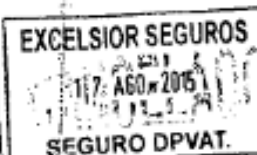
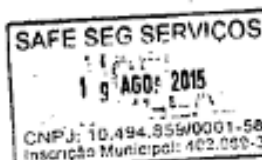
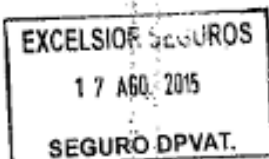
Obs.: 1) Pode-se observar os documentos necessários para cada tipo de cobertura e a sua apresentação, rápida liberação do pagamento da indenização.  
2) Reservamo-nos o direito de requisitar a apresentação de outros documentos, caso seja necessário.



Ricardo  
Local e data

04.08.15

Valdir Soares da Silva  
Assinatura do reclamante





## FÓRME 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, Valdir Soares da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 5544984

EXPEDIDO POR SSP-PE

EM 23/08/13

CPF 024401304-18 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA, e 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 500,00;
- 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.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido escritos 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, ITAU, 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 ABO. 2015

SEGURO DPVAT

Recife 04 de Agosto de 2015

LOCAL E DATA

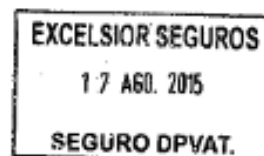
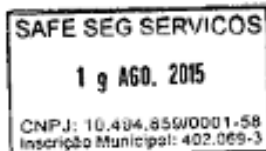
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, 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.







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA - DP55ªCIRC  
DINTER1/11ªDESEC



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0145000106**

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

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (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:**

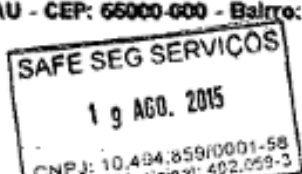
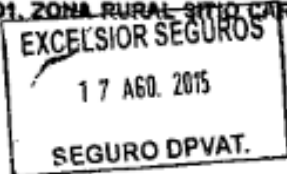
**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR SOARES DA SILVA**  
**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO CARLOS FERREIRA**

**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: **10/6/1945** Naturalidade: **MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1055413/SSP/PE (RG), 31170668463 (CPF), 0127826634 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**  
Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 8196264563**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CONDADO, 58, PRÓXIMO 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: **03191648391 (CNH)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **COMERCIANTE**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01, ZONA RURAL-SITIO 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: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01, ZONA RURAL, SÍTIO 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: JOSÉ LOPES DE BRITO Data de Nascimento: 3/6/1969 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 36184/PMPE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: POLICIAL MILITAR Endereço Residencial: MUNICIPIO 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: 23/12/1965 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 34453/PMPE/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: POLICIAL MILITAR Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01, DESTACAMENTO DE POLICIA MILITAR DE ITAQUITINGA - CEP: 66 - Bairro: CHA DE AREIAS - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**CARRO SIENA (VEICULO)** 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 (VEICULO)** 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/NXR160 BROS Objeto apreendido: Não Cor: AMARELA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KJN6013 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 128271469 Chassi: 9C2KD03308R088841 Ano Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA

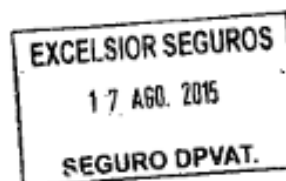
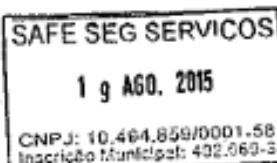
#### Complemento / Observação

CONFORME BO DA PMPE DE Nº 1931/15 NA DATA E HORÁRIO ACIMA, QUANDO A GUARNIÇÃO COMPOSTA 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 VEICULO 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 KJN-6013, 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, AONDE RECEBEU OS PRIMEIROS 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, AONDE 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 PROVIDÊNCIAS.

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

SEVERINO CARLOS FERREIRA  
(AUTOR / AGENTE)

LENILDO JOSÉ DO NASCIMENTO  
(TESTEMUNHA)



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

EXCELSIOR SEGUROS

17 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS

19 AGO. 2015

CNPJ: 10.494.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.050-3



# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Valdir Soares da Silva, portador da carteira de identidade nº 5544984 e inscrito no CPF/ME sob o nº 024.101.394-18, residente e domiciliado na 51 CARAU, 71 - Rural / Tracunhaem Rural, Cidade Tracunhaem, 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

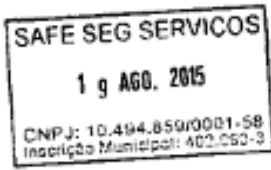
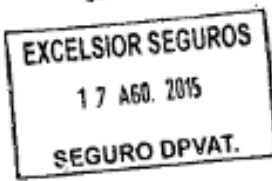


Valdir Soares da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Recife, 04 de Agosto de 2015

Local e data





HR: Senha: 4650069  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITANGA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Data	17.03.15
Hora	19:00

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PACIENTE: Valdir Soares da Silva REGISTRO: 608015  
PAI: Augusto Soares da Silva  
MÃE: Bernadete Trajano da Silva  
ENDEREÇO: Rod. Amador Colau Nº 1000 COMPLEMENTO: 1000  
BAIRRO: Itaquitanga CIDADE: Itaquitanga UF: PE CEP: 55.950.000  
NASCIMENTO: 19/08/74 SEXO: M FONE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
MAT: \_\_\_\_\_ VALIDADE: \_\_\_\_\_ GUIA: \_\_\_\_\_  
CONVÊNIO: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_ MÉDICO: \_\_\_\_\_  
SEGURADO: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
RG RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ C. RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

DATA DE SAÍDA: 1/1 HORA DE SAÍDA: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
QUEIXA PRINCIPAL E EXAME SUMÁRIO: Acidente, vítima de acidente  
auto-motociclista apresentando edema em região  
abdominal esquerda, urina excretada, múltiplas  
fraturas em fêmur direito e peritórax T.C.E  
apresentando hemorragia intracraniana  
DIAGNÓSTICO: trauma T.C.E + hemorragia intracraniana

EXAMES SOLICITADOS: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO 3 \*T3%\*



DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO: 1. Soro Fisiológico 500ml, EV  
2. Trombolítico + Soro EV  
3. Dexametasona 10mg, EV  
4. Transfusão p/ Hospital Portuária

ASSINATURA DO RECEPCIONISTA

ASSINATURA DO MÉDICO

MED  
CRM-PE 607  
CRM-PE 2050

ASSINATURA USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

P.A. X TEMP °C PULSO BPM PESO

EXCELSIOR SEGUROS

1.7 AGO. 2015

SEGURO DPVAT.

PACIENTE NO REPOUSO: 1/1 HORA: \_\_\_\_\_ RECEBEU ALTA: 1/1 HORA: \_\_\_\_\_  
PACIENTE TRANSFERIDO ( ) Sim ( ) Não Nº Senha: \_\_\_\_\_ HOSPITAL DESTINO: 0301060061  
0301100012  
0301060053

SAFE SEG SERVIÇOS  
19 AGO. 2015  
CNPJ: 10.454.859/0001-58  
Inscrição Municipal: 102.000.000





Nota Fiscal de Energia (DRE) - Cota pela Lei 10.138, de 25/04/02  
NOTA FISCAL DE ENERGIA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.633.032/0001-08 | Insc. Est. 0003943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
VALDIR SOARES DA SILVA

RECEBO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
SICARAU 11

CPF: 024.101.394-18

RURAL/TRACUNHAEM RURAL  
TRACUNHAEM PE  
55855-000

CLASSIFICAÇÃO  
DE RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CPF DO CLIENTE: 001201112  
CÓDIGO: 001201112  
DATA DE VENCIMENTO: 21/07/2015  
TOTAL A PAGAR (R\$): 35,78

CONTA CONTRATADA	MÊS/ANO
4012437370	07/2015
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE FÉTIMO PRODUZ LITURA
21/07/2015	13/08/2015
TOTAL A PAGAR (R\$)	
35,78	

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO-UNIT	VALOR (R\$)
50,00000000	0,57355671	28,68
Consumo Abon(ano)		4,72
Atividade Bandeira VERMELHA		1,07
Contribuição Rumoriz de Publica		0,00
Multa por atraso-NT 001388992 - 12/08/15		0,00
Juros por atraso-NT 001388992 - 12/08/15		0,02



DOCUMENTO 2 12%

TOTAL DA FATURA 35,78

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DA FATURACÃO	DATA	ANEXOS	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
03/01/09	Cat	12/08/15	4	154,00	10/02/15	5.811,00	10	1.000,00		5.800,00

#### METODO DE CONSUMO

PERÍODO	TIPO DA FATURACÃO	DATA	ANEXOS	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
03/01/09	Cat	12/08/15	4	154,00	10/02/15	5.811,00	10	1.000,00		5.800,00

#### INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO

PERÍODO	TIPO DA FATURACÃO	DATA	ANEXOS	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
03/01/09	Cat	12/08/15	4	154,00	10/02/15	5.811,00	10	1.000,00		5.800,00

#### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	TIPO DA FATURACÃO	DATA	ANEXOS	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
03/01/09	Cat	12/08/15	4	154,00	10/02/15	5.811,00	10	1.000,00		5.800,00

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na nota de energia e também no boleto, há informações sobre o consumo de energia elétrica. Essas informações são importantes para o cliente, pois permitem que ele acompanhe o consumo de energia elétrica e, assim, possa tomar as medidas necessárias para reduzir o consumo e, consequentemente, o valor da conta de energia elétrica. O cliente também pode consultar o consumo de energia elétrica em tempo real, através do sistema de monitoramento de consumo de energia elétrica, disponível no site da Companhia Energética de Pernambuco.

#### ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

CONTA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA
000012	11,00	02/01	201,24	12/12/14	4,72	

Em caso de não pagamento do boleto, a Companhia Energética de Pernambuco poderá tomar as medidas necessárias para garantir o fornecimento de energia elétrica, o que pode resultar em interrupção do fornecimento de energia elétrica. O cliente também pode consultar o consumo de energia elétrica em tempo real, através do sistema de monitoramento de consumo de energia elétrica, disponível no site da Companhia Energética de Pernambuco.

#### FORMAÇÃO E FATORAÇÃO DAS FATURAS

CONTA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA
000012	11,00	02/01	201,24	12/12/14	4,72	

Valor de energia: 15,00 - Valor de energia de 2014: 201,24 - Valor de energia de 2015: 4,72

CONTA CONTRATADA: 4012437370 MÊS/ANO: 07/2015 DATA DE VENCIMENTO: 21/07/2015 TOTAL A PAGAR (R\$): 35,78

83860000000-0 35780011004-0 01243737010-4 02334028003-2



EXCELSIOR SEGUROS  
17 AGO. 2015  
SEGURO DPVAT.

SAFE SEG SERVIÇOS  
1 g AGO. 2015  
CNPJ: 10.494.659/0001-58  
Inscrição Municipal: 402.059-3



## 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 médico pericial:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA NA FACE ULNAR DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA ULNA) COM LIMITAÇÃO EM CARÁTER MODERADO DA PRONOSSUPINAÇÃO 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

### PRESTADOR

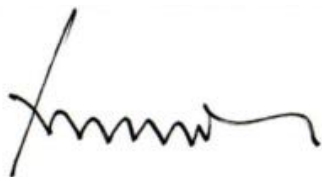
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**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 CARÁTER MODERADO DA PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM DEFICIT DE FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SEM DEFICIT 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

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

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

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







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
71224640	18/11/2020 15:04	<a href="#">ANEXO 2</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:**

