



09/03/2021

Número: **0018402-97.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                          |                |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------|
| HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA (AUTOR)                        |                    | THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)<br>Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) |                |
| TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)                 |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)                             |                |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO<br>DPVAT SA (REU) |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)                             |                |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO<br>(PERITO)       |                    |                                                                        |                |
| Documentos                                                |                    |                                                                        |                |
| Id.                                                       | Data da Assinatura | Documento                                                              | Tipo           |
| 76580<br>743                                              | 09/03/2021 14:40   | <a href="#">2729602_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>                | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00184029720208172001

**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 **HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

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

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 8 de março de 2021.

**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)





09/03/2021

Número: **0018402-97.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

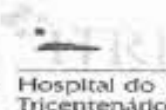
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                          |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA (AUTOR)                     |                    | THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)<br>Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) |                    |
| TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)              |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)                             |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)                             |                    |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)       |                    |                                                                        |                    |
| Documentos                                             |                    |                                                                        |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                                              | Tipo               |
| 76580749                                               | 09/03/2021 14:40   | <a href="#">ANEXO 1</a>                                                | Outros (Documento) |



**Nome:** HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA **Nº registro:** 157454  
**Dt. Nasc.:** 09/10/97 - 19 ano (s) **Sexo:** Feminino  
**Mãe:** MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO **Fone:** 81986146218  
**Endereço:** AV BARRETO DE MENEZES, nº 404, MARCOS FREIRE. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE  
**Data/hora:** 30/09/2017 - 05:18 **Nº pág.:** 1/1

### RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**SENHA: N016**

30/09/2017 - KECIANNY BATISTA

**Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO**  
**Especialidade: CLÍNICA MÉDICA**  
**Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA**

### ANAMNESE

**- ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**ALERGIA: NEGA**

### QUEIXA PRINCIPAL:

- Dor MMSS - TCE - Sangramento - Trauma

- PCTE VITIMA DE ATROPELAMENTO (MOTO) AS 5H, REFERE DORM EM OMBRO ESQUERDO E TRAUMA COM LESAO EM SUPERCILIO ESQUERDO.

NEGA VOMITO E/OU SINCOPE

### EXAME FÍSICO:

PA: 110 x 60 mmHg Temperatura: °  
HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Altura:

### OBSERVAÇÕES:

ACOMPANHADO DO AMIGO CLECIO ANTONIO.  
PCTE SEM DOCUMENTO.

Evasão:



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: KECIANNY BATISTA DE FIGUEREDO, Data e Hora: 30/09/2017 06:43:03.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE  
Contato: (81) 3184-4594





**Nome:** HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA **Nº registro:** 157454  
**Dt. Nasc.:** 09/10/97 - 19 ano (s) **Sexo:** Feminino  
**Mãe:** MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO **Fone:** 81986146218  
**Endereço:** AV BARRETO DE MENEZES, nº 404, MARCOS FREIRE. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE  
**Data/hora:** 30/09/2017 - 05:25 **Nº pág.:** 1/1

## CONSULTA MÉDICA

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

#### ATROPELAMENTO

#### Anamnese Médica / Evolução Clínica:

06:28 DRA. JULIANE PONTES

PACIENTE REFERE QUE FOI ATROPELADA POR UMA MOTO, EM BAIXA VELOCIDADE, POR VOLTA DAS 5H DA MANHÃ. CAIU APENAS PARA O LADO ESQUERDO. NEGA PERDA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS OU VÔMITOS. REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO.

#### Exame Físico:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEÚICA, HIDRATADA. ECG=15 APRESENTA LESÃO CORTANTE EM REGIÃO LATERAL AO OLHO ESQUERDO. NÃO MOBILIZA BRAÇO ESQUERDO DEVIDO A DOR NO OMBRO ESQUERDO.

ACV: RCR EM 2T, BNF'S, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABDOMEN INDOLOR.

### Resultados de Exames:

#### Conduta:

LIMPEZA, SUTURA E CURATIVO  
À ORTOPEDIA

Óbito: Não -

Dr.<sup>a</sup> JULIANE DE PONTES SILVA  
CRM: 22387



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: JULIANE DE PONTES SILVA, CRM: 22387. Data e Hora: 30/09/2017 06:33:20.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Iburá CEP: 51320-180 - Recife/PE  
Contato: (81) 3184-4594



Nome: **HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA** Nº registro: **157454**  
Dt. Nasc.: 09/10/97 - 19 ano (s) Sexo: Feminino  
Mãe: MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO Fone: 81986146218  
Endereço: AV BARRETO DE MENEZES, nº 404, MARCOS FREIRE, JABOATAO DOS GUARARAPES - PE  
Data/hora: 30/09/2017 - 07:34 Nº pág.: 1/1

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQ

AO EXAME: SINAIS DE LAC

RX COM LAC

CD: IMOBILIZACAO + TRANSFERENCIA

### EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg Temperatura: °  
HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Altura:

### CONDUTA :

#### Exames Complementares/Resultados:

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** S431 - Luxação da articulação acromioclavicular]

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5266897

**Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA**  
**CRM:20583**



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583. Data e Hora: 30/09/2017 07:34:34.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE  
Contato: (81) 3184-4594



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA  
Data de Nascimento: 09/10/1997 Data Atendimento: 02/10/2017  
Prontuário: 0000486765 Cód. Atendimento: 01003535  
Nome do Hospital: DOM HELDER CÂMARA  
Senha: 526889  
Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio  
☐ Acompanhamento Médico

Observação: PCT REFERE TRAUMA CONTUSO EM REGIÃO CLAVICULAR ESQ.  
APRESENTA DEFORMIDADE EM OMBRO E SINAL DA 'TECLA' EM CLAVÍCULA ESQ.  
SENSITIVO-VASCULAR PRESERVADO  
RX EVIDENCIANDO LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR GRAU III (ROCKWOOD)  
HD: S43  
CD: IMOBILIZAÇÃO, ANALGESIA, TRANSFERÊNCIA VIA CENTRAL DE LEITOS ( 526889 HDHC)

Recife, 02 de Outubro de 2017

Médico: TERCIO HENRIQUE SOARES DE FARIAS  
CRM: 18433





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 397112

Data e Hora: 30/09/2017 09:58

Senha da Classificação:

0009

Paciente: 98297 HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 09/10/1997 Idade: 19 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA ROSINEIDE ELOI

Nome do Pai: ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR

CRM: 14583

Endereço: AVENIDA BARRETO DE MENE -- BLOCO 22

404

Bairro: MARCOS FREIRE

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE

Usuário Atendimento: ANAKPC

RG (Identidade): 9118201

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10901945447

Fone:

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

### RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

*Recebi uma lesão na região da coxa esquerda, com dor intensa e dificuldade de movimentação.*

Exame Físico

*Dois edemas na coxa esquerda, com dor à palpação.*

Hipótese Diagnóstica

*LAC*

Conduta Terapêutica

*Curativo*

Prescrição Médica

*Tratamento com analgésicos e anti-inflamatórios.*



*ALTA*

Dr. Lucio L. Costa Jr.  
Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR  
UNIDADE: \_\_\_\_\_  
LEITO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/09/2017 09:53

Nome Paciente: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA  
Cód. Paciente: 98297  
Data de Nascimento: 09/10/1997  
Sexo: Feminino  
Idade: 19  
Senha: 0009  
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG  
Atendimento: 397112  
SAME:



Período: 30/09/2017 10:04 - 30/09/2017 10:05

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCT TRAZIDO DA UPA DO IBURA, SENHA: 5266897, COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQ. APOS QUEDA DE MOTO. ( SIC ).

Observação:

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

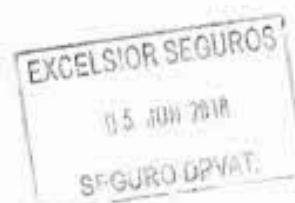
Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)  
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:



Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/09/2017 10:05

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





**Nome:** HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA  
**Nº registro:** 157454  
**Dt. Nasc.:** 09/10/97 - 19 ano (s)  
**Sexo:** Feminino  
**Mãe:** MARGA ROSINEIDE DE ARAUJO  
**Fone:** 81986146218  
**Endereço:** AV BARRETO DE MENEZES, nº 404, MARCOS FREIRE, JABOATAO DOS GUARARAPES - PE  
**Data/hora:** 30/09/2017 - 07:34  
**Nº pág.:** 1/1

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQ

O EXAME: SINAIS DE LAC

RX COM LAC

CD: IMOBILIZACAO + TRANSFERENCIA

### EXAME FÍSICO:

PA: mmHg Temperatura: °  
FEC: bpm FC: bpm Peso: Altura:

### CONDIÇÃO:

### Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S431 - Luxação da articulação acromioclavicular

### DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 6256887

**Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA**  
CRM: 20583

**Dr. Leonardo Silva**  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 20.583

EXCELSIOR SEGUROS

15 JUN 2018

SEGURO PRIVAT

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583. Data e Hora: 30/09/2017 07:34:34.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE  
Contato: (81) 3184-4594



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 397425

Data e Hora do Atendimento: 02/10/2017 11:52

Usuário do Atendimento: JOCILENEOML

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Prontuário: 98297

Nome da Mãe: MARIA ROSINEIDE ELOI

Nome do Pai: ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES

Data do Nascimento: 09/10/1997

Idade: 19 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 9118201

SDS PE Data Emissão:

CPF: 10901945447

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: PESQUEIRA

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: DESEMPREGADO

Endereço: AVENIDA BARRETO DE MENEZES 404

MARCOS FREIRE

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54360160

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IMBIRIBEIRA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 07

9 OUT. 2017

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 02/10/2017

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em: 05/10/2017 10:00

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURO PRIVAT

11/10/17





Atendimento: 397375

Senha da Classificação:

Data e Hora: 02/10/2017 11:41

0023

Paciente: 98297 HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA Sexo: FEMININO  
 Data do Nascimento: 09/10/1997 Idade: 19 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBURG  
 Nome da Mãe: MARIA ROSINEIDE ELOI Nome do Pai: ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES  
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO CRM: 14861  
 Endereço: AVENIDA BARRETO DE MENE - BLOCO 22 404 Bairro: MARCOS FREIRE  
 Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE Usuário Atendimento: JACIANEBO  
 RG (Identidade): 9118201 SDS PE Data de Emissão:  
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10901945447 Fone:  
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

*Recente latência de grande (Ampulha) de 3 dias, opaco do e opaco em*  
*conduto B.*

Exame Físico

*Do opaco em outro o*  
*musculo para*

Histese Diagnostico

*LAL III*

Conduta Terapeutica

*internos*

Prescrição Médica

*Amoxi 1000 - 1*

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURO DPVAT

Dr. Luciano L. Viana  
 Médico  
 CRM-PE-25.008

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: \_\_\_\_\_  
 LEITO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 397112

Data e Hora: 30/09/2017 09:58

Senha da Classificação:

0009

Paciente: 98297 HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA Sexo: FEMININO  
Data do Nascimento: 09/10/1997 Idade: 19 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG  
Nome da Mãe: MARIA ROSINEIDE ELOI Nome do Pai: ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR CRM: 14583  
Endereço: AVENIDA BARRETO DE MENE -- BLOCO 22 404 Bairro: MARCOS FREIRE  
Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE Usuário Atendimento: ANAKPC  
RG (Identidade): 9118201 SDS PE Data de Emissão:  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10901945447 Fone:  
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

### RESUMO DE TRATAMENTO

o: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### Queixa Principal

*Paciente vítima de trauma em  
ambos os membros inferiores com  
fratura de fêmur e tibia*

#### Exame Físico

*Dois membros inferiores com  
hematomas profundos*

#### hipotese Diagnostico

*LAC*

#### Conduta Terapeutica

*Cirurgia*

#### Prescrição Médica

*Tratamento Hematológico*

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURO PRIVAT.

Dr. Lucivaldo Costa  
Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: \_\_\_\_\_  
LEITO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_



## HISTÓRIA CLÍNICA

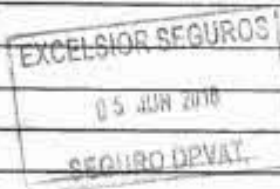
### Identificação

Nome: Henrique Registro: 3002 Nº Atendimento: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Internação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: Dor no peito

História da Doença Atual: Paciente vem a guisa de  
MI, após de 1 episódio em 15

Interrogatório Sintomatológica: \_\_\_\_\_



### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 33149

Paciente : 98297

Convênio Atend. : 1

Leito : 574

DI. Início : 04/10/2017 10:00

Sala : 0002 SALA 02

HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

SUS - INTERNACAO

LEITO 07

DI. Fim : 04/10/2017 11:00

Atendimento : 397425

Carteira :

Idade : 19 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

### Procedimentos

Procedimento: 0408010185

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR (PRINCIPAL)

Convênio: 001

Anestesia: 29

SUS - INTERNACAO

BLOQ PLEXO BRAQUIAL

### Equipe Médica

Ci. RGIAO  
ANESTESISTA

13783 LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO  
5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

##### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM POSICAO DE CADEIRA DE PRAIA
2. ANTISSEPZIA E APOSICAO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
3. INCISÃO EM FACE SUPERIOR DO OMBRO, 1,5CM MEDIAL A ART ACROMIOCLAVICULAR, LONGITUDINALMENTE AS LINHAS DE FORÇA
4. ABORDAGEM POR PLANOS COM INCISAO TRANSVERSA DA FASCIA CLAVIPEITORAL
5. LIMPEZA DA ARTICULAÇÃO AC
6. REDUÇÃO DA LUXAÇÃO AC
7. FIXAÇÃO TRANS ARTICULAR AC COM DOIS FIOS DE KIRSCHNER 2,0
8. COLOCADO 2 ANCORAS N 5 NO PROC. CORACOIDE E AMARRILHA COM ETHIBOND 5 NA CLAVICULA
9. AMARRAÇÃO DOS FIOS DE ETHIBOND SOBRE A ART AC
10. LAVAGEM DA FERIDA E REALIZADO HEMOSTASIA DOS VASOS SANGRANTES COM ELETROCAUTERIO
11. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO + HEMIJOITA.

#### Atos Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

**IMOBILIZAÇÃO**

Local: MSE MJ

Data: 04/10/17 Hora: 14:35

Assinatura: [Assinatura]

Dr. Leonardo Canêto  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 13783 - RJ 1115

DR(A): LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO  
CRM : 13783

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURO PRIVAT

05 JUN 2017



Reg 98297



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

# FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Paciente

HARTENQUA ELAINE DE OLIVEIRA

Sexo

Cor

Idade

Raça

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

Não

Sim

Diagnóstico: Trat. cirúrgico de fratura luxação acromio clavicular esquerda.

Hemógl.

O<sub>2</sub>

N<sub>2</sub>O

SaO<sub>2</sub>

ETCO<sub>2</sub>

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anestesiado

Drogas Usadas

Quantidade

|                     |        |
|---------------------|--------|
| Propofol 100mg      | 200mg  |
| Midazolam 5mg       | 20mg   |
| Atorvastatina 20mg  | 20mg   |
| Levetiracetam 500mg | 1000mg |
| Midazolam 5mg       | 5mg    |
| Midazolam 5mg       | 5mg    |

Técnicas Anestésicas

Bloqueio do plexo braquial via supraclavicular esquerda. Sedar.

Monitorização

☒ Cardíaco

☒ Oximétrico

☒ PH

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Elet. Pré-Cardíaco

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ C

Ensamblado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Desafio

☒ BRPA

☐ Apert. Rinf.

☐ UTI

☐ Externa

Interconexão:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrição:

Observações:

EXCELSIOR SEGUROS

05 JUN 2018

SEGURO PRIVAT

Assinatura

Dr. Graça Couto  
Anestesiologista  
CRM: 5083



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/03/2021 14:40:07

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030914400708100000075040770

Número do documento: 21030914400708100000075040770



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 04

Nome: Marcelo Carlos data: 04/10/17 Hora: 09:15 Registro: 98.307  
Leito de origem: 404-02

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: De Pip. Frot. Clavícula esquerda  
Tipo de anestesia: Bloqueio de Plexo  
Equipe: Dr. Humberto Carneiro Anestesista: Dr. Inacio

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom (x) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave<sup>o</sup>  
Respiração: (x) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE  
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não (x) Sim Onde: MSD  
Acesso Venoso Central: (x) Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Drenos: (x) não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_  
Sinais vitais: PA: 127x70 mmHg FR: — p/min FC: 91 p/min SaPO2: 97%  
Glasgow: \_\_\_\_\_

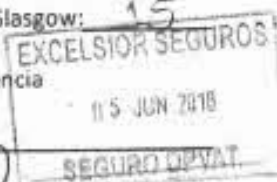
4. Monitorização

| SSVV/<br>Horário | 15'           | 30'           | 60'           | 1:30 h        | 2:00 h        | 3:00 h |
|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------|
| PA               | <u>10:40</u>  | <u>10:55</u>  | <u>11:05</u>  | <u>11:55</u>  | <u>12:25</u>  |        |
| PA               | <u>115x64</u> | <u>113x64</u> | <u>114x71</u> | <u>121x75</u> | <u>120x71</u> |        |
| FR               |               |               |               |               |               |        |
| FC               | <u>77</u>     | <u>76</u>     | <u>85</u>     | <u>87</u>     | <u>90</u>     |        |
| SaPO2            | <u>95%</u>    | <u>95%</u>    | <u>97%</u>    | <u>97%</u>    | <u>97%</u>    |        |
| Glasgow          |               |               |               |               |               |        |

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 123x97 FC: 71 FR: — SaPO2: 91% Glasgow: 15  
Destino: ( ) Enfermaria ( ) UTI ( ) Emergência ( ) Ambulatório ( ) Residência  
Data: 04/10/17 Horário: 13:00 Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_  
Alta da SRPA pelo médico: Marcelo Temporini



7812

COD. 38388



Nome: **HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA** Nº registro: **157454**  
Dt. Nasc.: 09/10/97 - 19 ano (s) Sexo: Feminino  
Mãe: MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO Fone: 81986146218  
Endereço: AV BARRETO DE MENEZES, nº 404, MARCOS FREIRE. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE  
Data/hora: 30/09/2017 - 05:25 Nº pág.: 1/1

## CONSULTA MÉDICA

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

#### ATROPELAMENTO

#### Anamnese Médica / Evolução Clínica:

06:28 DRA. JULIANE PONTES

PACIENTE REFERE QUE FOI ATROPELADA POR UMA MOTO, EM BAIXA VELOCIDADE, POR VOLTA DAS 5H DA MANHÃ. CAIU APENAS PARA O LADO ESQUERDO. NEGA PERDA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS OU VÔMITOS. REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO.

#### Exame Físico:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEÚICA, HIDRATADA ECG=15 APRESENTA LESÃO CORTANTE EM REGIÃO LATERAL AO OLHO ESQUERDO. NÃO MOBILIZA BRAÇO ESQUERDO DEVIDO A DOR NO OMBRO ESQUERDO.

ACV: RCR EM 2T, BNF'S, S/S.

AR: MV+ EM AHT, S/RA.

ABDOMEN INDOLOR.

### Resultados de Exames:

#### Conduta:

LIMPEZA, SUTURA E CURATIVO  
À ORTOPEDIA

Óbito: Não -

Dr.<sup>a</sup> JULIANE DE PONTES SILVA  
CRM: 22387



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: JULIANE DE PONTES SILVA. CRM: 22387. Data e Hora: 30/09/2017 06:33:20.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE  
Contato: (81) 3184-4594





CNPJ 09.769.036/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: ESTRADA DA BATALLHA - NÚM. 04232 - PRAZERES DA  
BOATÃO DOS GUARARAPES - PE 54315-010

| DADOS DO CLIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 | MATRÍCULA: 95921512 - FAV/2018        |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------|-----------------|----------------|-----------------|-----------|-------|------|------|-----------|-------|------|------|
| ERONDES DE OLIVEIRA GOMES                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |                                       |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| AV BARRETO DE MENEZES, Bl. 72 - AP 1-404 - PRAZERES DA BOATÃO                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |                                       |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| AO DOS GUARARAPES - PE 54380-100                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 |                                       |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| INSCRIÇÃO: 788.570.380.0180.332 GRUPO: 2 DIA AUTOMÁTICO: 055921512                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                                       |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO                                                                                                                                                                                                                                                                          | SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO          | RESIDENCIAL                           | QUANTIDADE DE CONDÔMIOS: 1             |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| HIDRÔMETRO: A175847560                                                                                                                                                                                                                                                                        | DATA LEIT. ANTERIOR: 24/01/2018 | DATA LEIT. ATUAL: 23/02/2018          | TIPO DE CONSUMO (A/E): REAL / N HEDIDO |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| ÁGUA:                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 | ESGOTO:                               |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| LEIT ANT: 57                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CONSUMO: 8                      | LEIT ANT:                             | VOLUME: 8                              |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| LEIT ATU: 65                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 | LEIT ATU:                             |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| LEIT FAT: 65                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 | LEIT FAT:                             |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| HISTÓRICO DE CONSUMO                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 |                                       |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| REFERÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CONSUMO                         | NÚMERO DE AMOSTRAS                    |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| 01/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 10 / 10                         | EXIG. PORT. MS 2.914/11               | ANÁLISES REALIZ. A LEGIS.              |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| 12/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 08 / 08                         | TURBIDEZ                              | 32 32 32                               |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| 11/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 00 / 10                         | COR APARENTE                          | 32 32 32                               |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| 10/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 08 / 08                         | CORO RESIDUAL                         | 32 32 32                               |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| 09/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 10 / 10                         | COLIF. TOTAIS                         | 32 32 32                               |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| 08/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 10 / 10                         | E. COLI                               | 32 32 32                               |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| MEDIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 09 / 09                         | Qualidade da Água: www.compesa.com.br |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 100% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                                       |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA                                                                                                                                                                       |                                 |                                       |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA                                                                                                                                                                                           |                                 |                                       |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 | CONSUMO                               | TOTAL (R\$)                            |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| ÁGUA                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 |                                       |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |                                       |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| CONSUMO DE ÁGUA                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 | 8 M3                                  | 40,16                                  |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| ESGOTO 50,00% DO VALOR DE ÁGUA                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                       |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |                                       |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| CONSUMO DE ESGOTO                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                 | 8 M3                                  | 20,09                                  |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| MULTA P/ IMPONTUALIDADE 01/2018                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |                                       | 1,24                                   |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| JURO DE HORA 11/2017                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 |                                       | 0,65                                   |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| CONSUMO RATEIO (m3): 0                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |                                       |                                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| <table border="1"><thead><tr><th>DEBITO</th><th>TAXA DE FATORIO</th><th>DEBITO DE JURO</th><th>DEBITO DE MULTA</th></tr></thead><tbody><tr><td>R\$ 60,27</td><td>60,27</td><td>1,05</td><td>0,99</td></tr><tr><td>R\$ 60,27</td><td>60,27</td><td>7,63</td><td>4,58</td></tr></tbody></table> |                                 |                                       |                                        | DEBITO | TAXA DE FATORIO | DEBITO DE JURO | DEBITO DE MULTA | R\$ 60,27 | 60,27 | 1,05 | 0,99 | R\$ 60,27 | 60,27 | 7,63 | 4,58 |
| DEBITO                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TAXA DE FATORIO                 | DEBITO DE JURO                        | DEBITO DE MULTA                        |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| R\$ 60,27                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 60,27                           | 1,05                                  | 0,99                                   |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |
| R\$ 60,27                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 60,27                           | 7,63                                  | 4,58                                   |        |                 |                |                 |           |       |      |      |           |       |      |      |

VENCIMENTO: 05/03/2018

TOTAL A PAGAR: 62,16

RECEBIMENTO:

EXCELSIOR SEGUROS  
05 JUN 2018



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Montenão Elai de Oliveira

CPF da Vítima

09.09.454-47

Data do Acidente

30/09/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



João de Deus de 2018

Local e Data

Montenão Elai de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS - DPRFV

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0315000279**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/05/2018** às **12:54**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **30/9/2017** às **04:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA LUIS BARBALHO, 1** - Bairro: **MARCOS FREIRE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSPEITO (AUTOR / AGENTE)  
HORTÊNCIA ELOI DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SUSPEITO

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

**HORTÊNCIA ELOI DE OLIVEIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA ROSINEIDE DE ARAUJO** Pai: **ERONIDES DE OLIVEIRA GOMES** Data de Nascimento: **9/10/1997** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9118201/SDS/PE (RG)** Profissional: **ESTUDANTE** Endereço Residencial: **AVENIDA BARRETO DE MENEZES, 1, BL 22, APT 404 - CEP: 0 - Bairro: GUARARAPES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO 1 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SUSPEITO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSPEITO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**INFORMA A VÍTIMA QUE FOI ATROPELADA POR UMA MOTO DE MARCA E PLACA NÃO IDENTIFICADAS, FATO OCORRIDO NO ENDEREÇO SUPRA CITADO, QUE O SEU CONDUTOR SE EVADIU DO LOCAL, QUE EM SEGUIDA FOI SOCORRIDA POR UM TRANSEUNTE PARA A UPA DO IBURA E POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA ONDE PASSOU POR TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

23/05/2018 12:38



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

*Hortência Eloi de Oliveira*  
**HORTÊNCIA ELOI DE OLIVEIRA**  
**(VITIMA)**

*[Assinatura]*

B.O. registrado por: **REGINALDO MAURICIO CAVALCANTI** - Matrícula: **159170-3**



23/05/2018 12:38



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

|                           |                                 |                                                     |
|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima<br>109.019.454-47 | Nome completo da vítima<br>Antônio Elói de Oliveira |
|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------|

| DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                                                    |                                        |                                   |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|------------------|
| Nome completo<br>Antônio Elói de Oliveira                                                                                                                                                                 | CPF titular da conta<br>109.019.454-47 | Profissão<br>Estudante            |                  |
| Endereço<br>R. Barreto de Menezes 3232                                                                                                                                                                    | Número<br>404                          | Complemento                       |                  |
| Bairro<br>Morro do Sincro                                                                                                                                                                                 | Cidade<br>Jaboatão                     | Estado<br>PE                      | CEP<br>54360-160 |
| Email                                                                                                                                                                                                     |                                        | Telefone (DDD)<br>(81) 98103-9851 |                  |
| Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima segurado, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado. |                                        |                                   |                  |

| FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                        |                                                                  |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA          | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00                        | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00          | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                        | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) |                                                        |
| AGÊNCIA<br>NRD<br>1580<br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                                           | D/V<br>                                                | CONTA<br>NRD<br>196327<br>(Informar dígito se existir)           | D/V<br>5<br>(Informar dígito se existir)               |
| BANCO<br>Nome<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        | NRD<br>                                                          |                                                        |
| AGÊNCIA<br>NRD<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                        | D/V<br>                                                          |                                                        |
| CONTA<br>NRD<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        | D/V<br>                                                          |                                                        |

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

Jaboatão PE de maio de 2018  
Local e Data

Antônio Elói de Oliveira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180256294**

Vitima: **HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **30/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180256294**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12919401

Pag. 00749/00750 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020376



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Carta nº: 12991001

A/C: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180256294  
Vítima: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA  
Data do Acidente: 30/09/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

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: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001580

Conta: 00000146327-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = | R\$ | 1.687,50 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00607/00600 - carta\_10R - INVALIDEZ

00020344



# 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: 15/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 000000146327-5

---

Nr. da Autenticação B8E8EEAB57D73AAE



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180256294

Cidade: Jaboatão dos Guararapes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA

Data do acidente: 30/09/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 13/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE E FRATURA DE OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL  
OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/OMBRO ESQUERDO: 50% DE 25% = 12,5%

Documentos

complementares:

Observações:

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

Antônio da Silva de Oliveira

DATA DO ACIDENTE

30-09-12 CPF DA VITIMA 019.454-92

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA E

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE ( )

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTAÇÃO QUE CONFERMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCAÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRABALHO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTAÇÃO QUE CONFERMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCAÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

\* MORTE - R\$ 13.500,00

\* INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANTIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

\* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

\* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTÍDUOS A PARTIR DA ENTRADA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

\* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

\* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSPITO.COM.BR, OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

Antônio da Silva de Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

04-06-18  
Leandro





23/03/2018

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL

Serviços Barra GovBr

([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **109.019.454-47**

Nome: **HORTENCIA ELOI DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **09/10/1997**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/11/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:34:26** do dia **23/03/2018** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **8183.6373.80CD.FF82**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

[www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp](http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp)

1/2

