



# Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil

Coordenação

Duarte Nuno Vieira  
José Alvarez Quintero

Biblioteca Seguros

Junho 2008 Número 2

CAIXA SEGUROS



(Página deixada propositadamente em branco)

# IX - Simulação e Dissimulação em Clínica Forense

Jorge Costa Santos

## 1. INTRODUÇÃO

A avaliação médico-legal do dano psico-físico incide sobre a pessoa concreta – *a pessoa em situação* – um ser humano que possui uma biografia, uma personalidade e um modo peculiar de vivenciar e lidar com as situações, em especial as que envolvem sofrimento, como acontece quase constantemente com os eventos traumáticos que motivam a realização de exames médico-legais. Significa isto que lesões ou sequelas objectivamente idênticas são percebidas e vivenciadas de forma mais ou menos diversa por pessoas diferentes.

A preocupação da objectividade, que deve nortear toda a intervenção pericial, não pode, pois, fazer esquecer que esta consiste numa avaliação do dano que envolve, independentemente do contexto legal, não apenas a dimensão anatómico-funcional desse dano, mas também a sua reverberação psíquica, isto é, a maneira singular como o indivíduo experimenta, lida e exprime o prejuízo sofrido. Dito de outro modo: a avaliação pericial

não pode ignorar a personalidade do examinado, a sua maneira habitual de ser e (re)agir.

Ora, cabe aqui recordar que a palavra *personalidade* vem do grego *persona*, que significa "máscara de teatro", surgindo, assim, etimologicamente ligada à noção de papel desempenhado pelo indivíduo num determinado contexto e face a um público. Estas breves referências permitem compreender melhor tanto o amplo espectro das reacções individuais face ao dano e ao sofrimento que, frequentemente, lhe está associado, quanto as condutas de natureza fraudulenta, como a simulação, a dissimulação e imposturas afins, que visam a obtenção ilegítima de benefícios económicos ou outros.

Ao contrário da relação terapêutica, tradicionalmente baseada na confiança entre médico e doente, que constitui um dos principais alicerces do processo terapêutico, a intervenção médico-legal serve uma finalidade diferente, que lhe confere uma feição própria. Materializa-se na realização de um

certo número de exames periciais visando, sobretudo, a avaliação e reparação do dano sofrido em consequência de um determinado evento, o mais das vezes de natureza traumática, e raras vezes tem lugar por iniciativa do indivíduo lesado, mas a solicitação de entidades terceiras (autoridades judiciárias ou judiciais, companhias de seguros, etc.).

A busca da verdade material e a cadeia de procedimentos que caracterizam a missão pericial nem sempre são facilmente compreendidas pelos examinados, que reagem, amiúde, com reserva ou mesmo desconfiança, reforçada, não raras vezes, pelo conflito de interesses que opõe as partes envolvidas. Daí a eclosão de sentimentos de indignação e revolta por parte de alguns examinados, que, tendo sido vítimas de um dano ocasionado por terceiros, reagem negativamente à sucessão de exames mais ou menos morosos e à ideia de que o resultado final nunca contemplará a totalidade das vicissitudes e prejuízos por si sofridos.

É neste contexto, frequentemente marcado pela dúvida, pela insatisfação, pela desconfiança e deficiente colaboração dos examinados, que o perito médico é chamado a desempenhar as suas funções e a destrinçar as reacções individuais, compreensíveis perante situações concretas, das condutas de simulação e dissimulação, que obedecem a outro tipo de motivações. Ao perito não lhe basta, pois, possuir bons conhecimentos médicos e uma sólida experiência clínica, torna-se indispensável que saiba identificar estas condutas, a fim de salvaguardar a verdade pericial. No limite, se existe algo que distingue verdadeiramente o perito médico dos demais médicos é – deve ser – uma competência especial para diagnosticar a simulação e a dissimulação.

## 2. CONCEITO

*Simulação* significa, segundo os dicionários correntes: 1) na *acepção comum*: acção ou efeito

de simular, falta de correspondência com a verdade, fingimento, disfarce, dissimulação; carácter do que carece de sinceridade, hipocrisia, impostura, falsidade; 2) na *acepção jurídica*: declaração fictícia da vontade de uma ou ambas as partes, visando fugir de determinado imperativo local; 3) na *acepção psicológica*: manifestação exterior que tende a exagerar ou prolongar perturbações somáticas ou psíquicas. A diversidade das leituras permitidas por cada uma destas acepções, embora conexionada pela ideia de falsidade, suscita uma questão: quando se fala de simulação no contexto médico-legal, fala-se, afinal, de quê?

Segundo o DSM-IV, o aspecto essencial da simulação reside na produção intencional de sintomas falsos ou exagerados, de ordem física ou psicológica, motivados por incentivos externos, tais como eximir-se ao cumprimento do serviço militar, furtar-se ao trabalho, obter compensações económicas ou drogas, ou evitar o cumprimento de sanções penais.

Para alguns autores, as características que melhor definem a simulação são:

1. Propósito deliberado de cometer uma fraude;
2. Verbalização de sintomas e/ou imitação de sinais de natureza patológica;
3. Finalidade utilitária, ou seja, a obtenção de benefícios ou proveitos imediatos.

Esta visão linear revela-se, todavia, algo simplista porquanto ignora alguns aspectos de natureza clínica e psicopatológica contemplados, por exemplo, na formulação do DSM-IV, à luz do qual deve equacionar-se a hipótese de simulação nas seguintes situações:

- a. Contexto médico-legal (p. ex., requisição de exame pericial pelo sistema de justiça);
- b. Discrepância acentuada entre o sofrimento ou incapacidade referidos pelo sujeito e os dados objectivos apurados pelo médico;

c. Falta de colaboração na avaliação clínica e na adesão ao tratamento prescrito;

d. Presença de uma perturbação anti-social da personalidade.

Embora se afigure algo excessivo que o contexto médico-legal, só por si, possa constituir razão bastante para fazer suspeitar a ocorrência de simulação, esta formulação, de alcance psiquiátrico, é, de algum modo, complementar da anterior, porquanto integra aspectos relacionados com o funcionamento da personalidade do sujeito com inegável relevância para uma correcta avaliação pericial.

Resulta, assim, no essencial, que a simulação é uma forma de logro semelhante à mentira, ainda que os seus modos de expressão sejam diversos. Uma e outra representam meios fraudulentos visando a obtenção de determinados fins. Mas enquanto a mentira se esgota na simples expressão verbal da falsidade, o processo de simulação, ainda que alicerçado na mentira, implica a execução de actos e gestos destinados a alimentar, reforçar e tornar credível a mentira. Dito de outro modo: a simulação não é uma mera deixa verbal como a mentira, mas uma encenação da fraude para obter proveitos.

### 3. TIPOLOGIA DA SIMULAÇÃO

O conceito de simulação, estreitamente associado à ideia de fingimento, abrange, todavia, um espectro bem mais vasto do que aquele que se encontra na clínica médico-legal, obedecendo a fins, motivações, causas, sintomas ou modos de expressão muito diversos.

De entre as várias classificações propostas na literatura científica, avulta a de Gisbert Calabuig (1991), que contempla as modalidades mais frequentes por referência aos fins visados pelo simulador. A saber:

1. *Simulação defensiva*: a que pretende evitar o cumprimento de uma sanção penal ou outra;

2. *Simulação ofensiva*: quando o estado patológico é forjado visando satisfazer um desejo de vingança em relação a uma pessoa a quem o simulador atribui a autoria do mal de que padece;

3. *Simulação exoneratória*: a que tem por finalidade eximir-se ao cumprimento do serviço militar ou a outras obrigações;

4. *Simulação lucrativa*: a utilizada pelos mendigos para explorarem a caridade pública;

5. *Simulação adulatora*: a praticada por discípulos e cortesãos, que imitam os comportamentos ou padecimentos dos mestres e poderosos em busca de reconhecimento pessoal;

6. *Simulação ambiciosa*: parcialmente sobreponível à anterior, embora aqui a finalidade seja obter honrarias e outras prebendas ou sinecuras;

7. *Simulação afectiva*: motivada pelo jogo dos afectos ou razões sentimentais, por vezes de natureza altruísta, mas, mais frequentemente, egoísta.

Uma classificação mais precisa da simulação de doenças ou quadros mórbidos (Gisbert Calabuig, 1991; Lloret *et al.*, 1995), adopta como referência a natureza da fraude clínica, distinguindo:

1. *Doenças provocadas*: assim designadas por serem induzidas pelo próprio ou resultarem de lesões auto-infligidas (p. ex., feridas, conjuntivites, dermatoses, auto-mutilações). Nestes casos, o quadro patológico ou as lesões são reais, mas incluem-se no conceito de simulação devido à intenção fraudulenta e à finalidade utilitária que estiveram na sua origem;

2. *Doença alegada*: é a variedade mais elementar, na qual o sujeito se limita a referir sintomas, sem que existam sinais ou manifestações objectivas que os sustentem;

3. *Doença imitada*: constitui a variedade

mais frequente e típica da simulação, na qual o sujeito, à maneira de um actor, desempenha o papel de doente, exibindo sinais e sintomas de um determinado quadro mórbido;

4. *Doença exagerada*: partindo da existência prévia de sintomas mórbidos, o simulador exagera a intensidade dos mesmos de molde a acentuar a gravidade do sofrimento e a obter, por esse meio, maiores proveitos (p. ex., impotência funcional, atitude viciosa, perturbações nervosas motoras ou sensitivas, perturbações sensoriais, lombalgias, tremores, cefaleias, vertigens, tonturas, acufenos, insónias);

5. *Doença imputada*: também aqui existe uma doença prévia, que não é exagerada nem modificada, limitando-se o simulador a falsear a sua origem, isto é, a atribuí-la a outra causa. Habitualmente trata-se de lesões ou sequelas traumáticas que se pretendem imputar a uma doença natural ou a um traumatismo diferente daquele que as provocou (p. ex., protrusões ou hérnias discais, fracturas-achatamento vertebrais, contractura cervical, úlcera da perna);

6. *Doença dissimulada*: ao contrário do que sucede na simulação, o sujeito oculta o estado mórbido de que realmente padece, com vista a obter algum tipo de proveito (p. ex., ingressar nos quadros da Administração Pública ou das Forças Armadas, ou celebrar seguros de vida, ocultando situações patológicas que inviabilizariam a sua concretização).

#### 4. FORMAS DE APRESENTAÇÃO DA SIMULAÇÃO

A simulação reveste várias formas de apresentação, consoante a doença ou perturbação mórbida seja provocada, imitada, prolongada ou falsamente atribuída a um tratamento.

a. Nas *doenças e lesões provocadas*, o simu-

lador apresenta-se a exame exibindo uma afecção autêntica provocada por meios artificiais. Na maioria dos casos, trata-se de lesões de pequena gravidade, mas suficientes para determinarem incapacidade temporária para o trabalho, sem perda de salário. Noutros casos, bem mais raros, as lesões podem revestir-se de maior gravidade, deixando sequelas anátomo-funcionais, com as correspondentes incapacidades permanentes.

No primeiro grupo, os tipos etiológicos observados são muito variados (feridas contusas e úlceras provocadas, infecções localizadas, etc.). Em geral, as lesões são superficiais e localizam-se em regiões topográficas electivas. Em alguns casos, observam-se mesmo padrões típicos de lesões auto-infligidas, através das quais o autor procura a incriminação de uma pessoa de quem pretende vingar-se, acusando-a de ter agredido (Costa Santos & Afonso, 2004): feridas superficiais múltiplas (p. ex. feridas incisais); localização em regiões topográficas facilmente acessíveis à mão dominante; lesões agrupadas e paralelas; preferência pelos braços, mãos e face anterior do tórax; ausência de lesões em zonas particularmente sensíveis à dor, como os lábios e os olhos; distribuição simétrica; ausência de feridas de defesa, etc.

As mutilações voluntárias verificam-se, sobretudo, nos membros superiores: fracturas dos ossos do antebraço ou da mão, secções tendinosas, amputações do polegar ou do indicador, habitualmente geradoras de incapacidades consideráveis. Embora relativamente graves do ponto de vista funcional, as lesões provocadas pelo próprio não envolvem, em regra, risco de vida;

b. Na *simulação de estados mórbidos*, o simulador apresenta-se ao médico referindo queixas fictícias ou exageradas, ou imitando perturbações objectivas com repercussão na sua vida pessoal e

laboral. O simulador escolhe sobretudo sintomas que admite serem difíceis de controlar, mas fáceis de imitar ou exagerar e manter por tempo indeterminado (p. ex., cefaleias, tonturas e rigidez cervical, atribuídas a traumatismos do tipo *golpe de coelho*, *chicotada cervical* ou *whiplash* (Muñoz Barús, 2006). Todavia, ainda que o sujeito se esforce por transmitir uma aparência de realidade, o quadro clínico de uma doença é raramente representado, visto ser difícil reproduzi-lo exacta e completamente.

A simulação de doença mental, bastante mais rara, ocorre, sobretudo, em arguidos da prática de crimes graves que pretendem subtrair-se a uma condenação penal pela via da declaração de inimputabilidade em razão de *anomalia psíquica*. Este tipo de simulação é particularmente difícil e esses indivíduos, embora evidenciando com frequência alguma forma de perturbação mental, exageram mais do que simulam.

## 5. MOTIVOS E CONTEXTOS DA SIMULAÇÃO

Os motivos da simulação são assaz diversos, variando em função do sujeito, do contexto legal em que se inscrevem e dos objectivos visados. Assim:

a. Em *matéria penal*, a simulação está sobretudo relacionada com a tentativa do sujeito se eximir ao cumprimento de obrigações legais (p. ex., incorporação ou mobilização militar e notificação judicial), para se furtar a uma sanção penal ou à reclusão, para satisfazer um desejo de vingança ou exercer chantagem, ou ainda para fazer crer ter sido atacado e roubado (p. ex., simulação de agressão ou violação);

b. Em *matéria civil*, a simulação é utilizada para obter indemnizações e outros benefícios de natureza pecuniária (p. ex., seguros por danos e prejuízos relacionados com acidentes rodoviários

ou prestações sociais);

c. Em *matéria laboral*, a simulação visa, à semelhança da anterior, a obtenção de indemnizações e outros benefícios, mas aqui relacionados com a esfera do trabalho (p. ex., prolongamento do período de incapacidade, pensão de invalidez ou reforma antecipada).

Assinale-se, porém, que existem perturbações mentais cujo modo de apresentação pode sugerir uma simulação, embora obedeçam a motivações diversas (DSM-IV, 1996; Sáiz, 2000). É o caso das *perturbações factícias*, que, embora caracterizadas pela produção intencional de sintomas ou sinais físicos ou psicológicos, tal como sucede na simulação, distinguem-se desta porque não visam a obtenção de incentivos ou ganhos externos, traduzindo antes uma necessidade intrapsíquica do sujeito para manter o papel de doente.

Também a *perturbação de conversão* e outras *perturbações somatoformes*, caracterizadas pela presença de sintomas físicos que sugerem um estado físico geral, sem que possam ser explicados por patologia orgânica, pelos efeitos directos de substâncias tóxicas ou por outra perturbação mental, obrigam ao diagnóstico diferencial com a simulação, pois também elas se traduzem por dificuldades no funcionamento familiar, social e ocupacional, com eventuais ganhos secundários. Todavia, ao invés do que se verifica na simulação e nas perturbações factícias, os sintomas físicos associados às perturbações somatoformes não são intencionais, isto é, não se encontram sob o controlo da vontade.

## 6. DIAGNÓSTICO DA SIMULAÇÃO

Antes de mais, importa ter presente que não existem elementos patognomónicos da simula-

ção, tal como não existem na grande maioria das doenças ditas naturais. A sua demonstração deve assentar em factos, não em especulações. Baseia-se na pesquisa, observação e análise crítica de um certo número de elementos de natureza semiológica e médico-legal, tarefa assaz delicada, que exige conhecimentos, experiência e bom senso.

Mesmo que existam suspeitas de simulação prévias, a conduta do perito médico deve pautar-se pela maior isenção, observando os procedimentos habituais, com a extensão e o rigor exigíveis em todos os exames periciais. A saber:

**1. Exame indirecto** (por recurso a fontes de informação externa)

A intervenção pericial começa, como sempre, por uma cuidada análise das peças processuais disponíveis (petições forenses, relatórios e boletins clínicos, exames complementares de diagnóstico, etc.), com vista a contextualizar o motivo que deu lugar à realização do exame e a recolher a informação relevante, com vista a averiguar:

a. As circunstâncias que estiveram na origem da doença ou das lesões traumáticas apresentadas;

b. O tipo e duração dos cuidados médicos a que o examinando foi sujeito (intervenções cirúrgicas, especialidades envolvidas, internamento hospitalar, consultas de ambulatório, tratamentos efectuados, medicamentos prescritos, programas de reabilitação, etc.);

c. A evolução clínica (incluindo complicações e intercorrências).

## **2. Exame directo**

A observação começa no primeiro olhar. Como em todos os exames periciais, é importante procurar estabelecer uma relação clínica de neutralidade empática, de molde a facilitar a

espontaneidade e fluidez do relato.

a. *Motivo do exame*, segundo o examinando (este deve ter oportunidade de falar livremente sobre o sucedido, evitando-se as interrupções desnecessárias);

b. *Antecedentes pessoais e familiares* (a anamnese deve ser exaustiva, contemplando não apenas os antecedentes médico-cirúrgicos e hábitos tóxicos, mas também as várias etapas do desenvolvimento, as vicissitudes da sua biografia pessoal e a dinâmica familiar);

c. *Personalidade prévia* (característica relativamente estável e geral da maneira de ser habitual do sujeito no seu modo de reagir às situações nas quais se encontra, nomeadamente os aspectos cognitivos e não cognitivos, incluindo-se nestes últimos as emoções, as motivações, os traços e os tipos, os estilos de condutas, as atitudes e os mecanismos de defesa).

d. *Exame do estado actual*:

d.1. *Queixas* (o interrogatório deve ser conduzido com especial cuidado; os detalhes podem ser clarificados em momento posterior através de questões específicas, a fim de testar a sua verosimilhança e consistência);

d.2. *Exame clínico* (completo e minucioso, contemplando não apenas a observação física, mas também o funcionamento mental: apresentação, contacto, nível de consciência, tipo de linguagem, discurso, percepção, memória, pensamento, juízo crítico, raciocínio, nível de conhecimentos gerais, nível intelectual, capacidade de abstracção, humor, ressonância afectiva, capacidade geral de autocrítica; observação das lesões e avaliação do seu aspecto, antiguidade, gravidade, repercussão sobre o estado geral e autonomia e compatibilidade com as queixas. Em alguns casos, pode ser vantajoso prolongar a duração do exame, porquanto a fadiga diminui a capacidade

do sujeito para manter o mesmo nível de desempenho. A repetição dos exames, visando seguir a evolução das lesões ou das perturbações mórbidas, revela, não raras vezes, a variabilidade e inconsistência dos sinais clínicos e a ineficácia dos tratamentos efectuados).

3. *Exames complementares* (em função da indicação clínica: exames neurofisiológicos, laboratoriais, imagiológicos, ou do domínio de outras especialidades, como, por exemplo, neurologia, psiquiatria ou psicologia). Existem múltiplos testes psicométricos que têm vindo a ser utilizados para detecção da simulação de perturbações mentais, embora poucos tenham verdadeira utilidade (de entre os mais vulgarizados, destacam-se a *Structured interview of reported symptoms* (SIRS), o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Revised* (MMPI-2) e o *M test* (Hall & Poirier, 2000; Resnick, 2003; Halligan, Bass & Oakley, 2003).

4. *Inquérito social* (pode ser de grande utilidade para esclarecer o contexto em que se inscreve o comportamento do examinado, designadamente a sua situação familiar, social e laboral).

5. *Diagnóstico* (impõe-se um diagnóstico diferencial rigoroso e a pesquisa sistemática e discussão dos critérios gerais do nexos de causalidade, com relevância para o encadeamento anátomo-clínico, tendo presente que um diagnóstico é sempre um exercício de probabilidades):

a. *Diagnóstico das doenças ou lesões provocadas*

O interrogatório é, amiúde, elucidativo: o relato do examinado sobre as causas e circunstâncias da doença ou acidente são idênticas, estereotipadas, mas as explicações proporcionadas são contraditórias, inexatas ou inverosímeis e, por vezes, absurdas.

As lesões observadas em numerosos sujeitos

apresentam características clínicas comuns que sugerem a sua produção em série: aspecto, localização (acessível à mão do próprio) e evolução amplamente sobreponíveis; estranha resistência à terapêutica; agravamentos bruscos, repetidos e inexplicáveis;

b. *Diagnóstico das perturbações mórbidas simuladas*

Também aqui a observação do sujeito deve ser minuciosa, incidindo sobre a sua atitude, o modo como se exprime e a concordância com a mímica facial e gestual, a marcha, os movimentos, a maneira como se despe e veste. Com frequência, constata-se que os sintomas relatados não correspondem a uma síndrome clássica completa, detectando-se incoerências, incongruências, excessos e até factos anormais forjados; a patomímia, quase sempre imperfeita ou paradoxal, evidencia uma afecção estranha, sem correspondência com qualquer entidade nosológica ou quadro sindromático conhecidos;

c. *Síntese*

Nestas situações, a avaliação contextualizada de todos estes elementos, nomeadamente a pobreza, inverosimilhança e inconsistência do relato do examinado e a discordância entre as suas manifestações e o resultado das observações clínicas, permite, em regra, admitir a hipótese de simulação, que terá de ser sempre devidamente fundamentada. O perito médico deve fazer constar no seu relatório as razões que o levaram a tal conclusão e assinalar a necessidade de um inquérito relativo às circunstâncias que tenham dado origem à simulação.

A concluir, importa realçar que este tipo de investigação pericial constitui um trabalho particularmente complexo e sensível, não isento de problemas acrescidos, entre os quais avultam o contexto legal, a intervenção médico-legal tardia

(meses ou até anos depois da ocorrência que esteve na origem da perícia), a dificuldade em obter dados fidedignos sobre a lesão inicial e os antecedentes do examinado, a ausência ou

escassez de informação relativa à evolução clínica, e, em não raros casos, a impossibilidade material de objectivar o dano sofrido ou as manifestações subjectivas.

#### BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-IV – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 1996.
- GISBERT CALABUIG, J.A. - *Medicina Legal y Toxicología*. 4ª ed. Barcelona: Salvat Editores, 1991.
- HALL, H.V.; POIRIER, J.G. - *Detecting Malingering and Deception. Forensic Distortion Analysis*. 2ª ed. Boca Raton, FL: CRC Press, 2000.
- HALLIGAN, P.W.; BASS, Ch.; OAKLEY, D. - *Malingering and Illness Deception*. New York: Oxford University Press, 2003.
- LLORET, F.R., LLORET, J.B.M.; MÁRQUEZ, M.A.V. - Simulación y exageración en la valoración del daño corporal. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. Coimbra: APADAC. Vol. 4, n.º 5 (1995), p. 47-59.
- MUÑOZ BARÚS, I. - Wiplash: Traumatismo cervical leve y simulación. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. Coimbra: APADAC. Vol. 15, n.º 16 (2006), p. 49-56.
- RESNICK, Ph.J. – Malingering. In ROSNER, Richard - *Principles and practice of forensic psychiatry*. 2ª ed. London: Arnold, 2003. p. 543-554.
- SÁIZ, E.M. - Aspectos que distorsionan la valoración médico-legal de enfermedades y lesiones. Simulación versus neurosis traumáticas. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*. Coimbra: APADAC. Vol. 9, n.º 10 (2000), p. 9-29.
- SANTOS, J. COSTA; AFONSO, P.A. - *Lesões auto-infligidas simulando crime contra a integridade física: A propósito de um caso clínico médico-legal*. Comunicação apresentada ao 3º Congresso Nacional de Medicina Legal, Porto, 12-13 Nov. 2004 (Livro de Resumos do Congresso).



**Biblioteca Seguros**

Publicação da Caixa Seguros

Co-edição Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra

**Título**

Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil

**Coordenação**

Duarte Nuno Vieira e José Alvarez Quintero

**Tradução**

Sónia Almeida

**Design**

Liquid Design

**Impressão**

SerSilito - Empresa Gráfica, Lda.

ISBN 978-989-8074-31-7

Depósito Legal 279157/08

Julho 2008



CAIXA SEGUROS, SGPS, S.A.  
Grupo **Caixa Geral de Depósitos**