

**Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180552810**

**Vítima: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE**

**Data do Acidente: 03/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: PATRICIA PAES BARRETO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUIZ CLAUDIO CLEMENTE**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **LUIZ CLAUDIO CLEMENTE**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000003220**

Conta: **00000022489-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 16/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

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

CLIENTE: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03220

CONTA: 000000022489-4

---

Nr. da Autenticação 999EBBAEF3AB19F6

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

---

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

**Número do Sinistro:** 3180552810

**Nome do(a) Examinado(a):** LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Noventa e Três, 205 - Paulista/PE - CEP 53421-450

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 2514945 - ssp pe - 03/02/2017

**Data e Local do Acidente :** 03/08/2018 - bairro centro, 1, rua professor rutilho, 11, centro - jaboatao dos guararapes

**Data e Local do Exame :** 10/04/2019 AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, 692 - OLINDA/PE - CEP 53030-010

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

fratura de femur distal direita.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FIXAÇÃO DA FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO COM PLACA E SEIS PARAFUSOS. USOU ANALGÉSICOS.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

MOVIMENTOS PRESENTES DO MID SEM RESTRIÇÕES. REFERE QUE O MÉDICO ACOMPANHANTE SOLICITOU PARA USAR A MULETA DE APOIO POR MAIS UM MÊS.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

DOR Á MOVIMENTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DE PERNA DIREITO.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em**

**caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

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

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

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

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

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

MEMBRO INFERIOR DIREITO

% do Dano ( X ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

REFERE QUE O MÉDICO ACOMPANHANTE SOLICITOU PARA USAR A  
MULETA DE APOIO POR MAIS UM MÊS.



---

GUSTAVO CARVALHO ROSAS CRM : 13685 / UF :PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180552810 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ CLAUDIO CLEMENTE **Data do acidente:** 03/08/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO FEMUR DISTAL DIREITO

**Descrição do exame físico:** MOVIMENTOS PRESENTES DO MID SEM RESTRIÇÕES. REFERE QUE O MÉDICO ACOMPANHANTE SOLICITOU PARA USAR A MULETA DE APOIO POR MAIS UM MÊS.  
DOR Á MOVIMENTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DE PERNA DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FIXAÇÃO DA FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO COM PLACA E SEIS PARAFUSOS.  
USOU ANALGÉSICOS.  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL (10%) EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00