



Número: **0026969-54.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUIZ CLAUDIO CLEMENTE (AUTOR)	CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55581 872	16/12/2019 13:28	<u>2606031_IMPUTACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00269695420198172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **LUIZ CLAUDIO CLEMENTE**, em trâmite perante este Duto 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 Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito tendo em vista que** o boletim de ocorrência somente foi elaborado três meses após o suposto acidente e a declaração de atendimento médico se baseia exclusivamente nas informações prestadas pelo interessado, seguindo a mesma lógica acima destacada em relação ao registro do acidente.

Assim, resta claro que os documentos juntados aos autos foram elaborados a partir do noticiado pela própria parte autora, produzidos de forma unilateral, incapazes de formar o convencimento do magistrado acerca da efetiva existência do sinistro, podendo a parte autora ter adquirido tais lesões em qualquer outra circunstância, imputando as mesmas ao suposto sinistro!

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, conforme consta da perícia judicial, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282614700000054683358>
Número do documento: 19121613282614700000054683358

Num. 55581872 - Pág. 1

Outrossim, ultrapassada a alegação consistente na ausência de nexo causal, cabe ressaltar que a parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no membro inferior direito com repercussão residual (10%), efetuando o pagamento no valor de R\$945,00:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
 Administradora do Seguro DPVAT				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3180552810 Vítima: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE	Cidade: Jaboatão dos Guararapes Data do acidente: 03/08/2018	Natureza: Invalidez Permanente 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 À 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: DEFÍCIT 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 CONSOLIDACAO 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

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282614700000054683358>
Número do documento: 19121613282614700000054683358

Num. 55581872 - Pág. 2

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando a mesma lesão antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no membro inferior direito com repercussão intensa (75%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no membro inferior direito com repercussão residual (10%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão intensa (75%), uma diferença gradual de 65%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 13 de dezembro de 2019.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282614700000054683358>
Número do documento: 19121613282614700000054683358

Num. 55581872 - Pág. 3



Número: **0026969-54.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUIZ CLAUDIO CLEMENTE (AUTOR)	CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55581 873	16/12/2019 13:28	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

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 REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE DIÁFISE DISTAL DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P4 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



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 REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Luiz Cláudio CLEMENTE, brasileiro
(a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: TECNIFERMECH residente e
domiciliado à Rua NOVENTA E TRES, nº 205,
bairro: MARANGUAPE, Município de PAUÍSTA, Estado de (o)
PERNAMBUCO.
Cep: 53421-450
Portador (a) do RG: 2514945 SSP/PE, CPF: 590.566.064-68

Outorgado: PATRICIA PAES BARRETO, brasileiro (a), estado civil: Casada,
profissão: Autônoma, residente e domiciliado (a) à Rua Torres Galvão, nº 313,
bairro: Centro, Município de Abreu e Lima, Estado de (o) PERNAMBUCO - CEP.:
53.525-170, portador (a) do RG nº 5081132 SSP/PE e CPF nº 024.471.804-03.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui
o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto
à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do
sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a)
Luiz Cláudio CLEMENTE ocorrido em 03-08-2018
conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a)
fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço,
assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro
DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT,
solicitar declaração do Bombeiro ou declaração do SAMU, enfim requerer e
assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os
demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente
mandato.

Paulista, 12 de novembro de 2018.


Outorgante

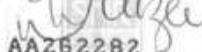
CPF Nº 590.566.064-68

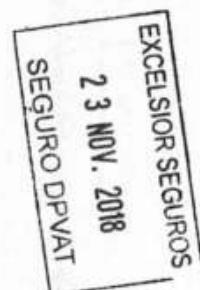
Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



SEU OFÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Rua Paulista, 75 - CEP 53010-480 - Paulista/PE - Fone: (81) 3010-9001
Reconheço por autenticidade a firma LUIZ CLAUDIO CLEMENTE: Dou fé.
Paulista/PE, 12/11/2018 15:11:11. Empl.: R\$ 3,51; TSR: R\$ 0,80;
FREN: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,08. Op. 163. DORES LAIZA DIAS MUNIZ SILVA
- Escrivente Autorizada. Consulte autenticidade em:
www.tjpe.jus.br/selodigital 0077552.COT11201801.00552

NOTAR: Encartes, Ata Notarial, Testemunhas,
Procurações, Recunhamentos de Firmas,
Letras, Autenticações, ETC.
Registo Geral de Imóveis - RJ/SP/PR


AA262282



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425159/18

Vítima: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

CPF: 590.566.064-68

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PATRICIA PAES BARRETO : 024.471.804-03

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUIZ CLAUDIO CLEMENTE : 590.566.064-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/11/2018
Nome: PATRICIA PAES BARRETO
CPF: 024.471.804-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/11/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

PATRICIA PAES BARRETO

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282633300000054683359>
Número do documento: 19121613282633300000054683359

Num. 55581873 - Pág. 4

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425159/18

Número do Sinistro: 3180552810

Vítima: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

CPF: 590.566.064-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/08/2018

Titular do CPF: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/03/2019
Nome: PATRICIA PAES BARRETO
CPF: 024.471.804-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

PATRICIA PAES BARRETO

RAIANNE SILVA BARBOSA



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180552810

Vítima: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

Data do Acidente: 03/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PATRICIA PAES BARRETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **LUIZ CLAUDIO CLEMENTE**

Nº Sinistro: **3180552810**
Vítima: **LUIZ CLAUDIO CLEMENTE**
Data do Acidente: **03/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **PATRICIA PAES BARRETO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180552810**.

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 13634473

Pag. 00195/00196 - carta_01 - INVALIDEZ



00030098



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282633300000054683359>
Número do documento: 19121613282633300000054683359

Num. 55581873 - Pág. 7



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 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: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01524 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14128761



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282633300000054683359>
Número do documento: 19121613282633300000054683359

Num. 55581873 - Pág. 8



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00457/00458 - carta_15R - INVALIDEZ



00030229

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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	Nome completo da vítima
	590.566.064-68	LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
LUIZ CLAUDIO CLEMENTE	590.566.064-68		
Endereço	Número	Complemento	
RUA NOVENTA E TRÊS	205	B	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
MARANGUAPÉ II	PAULISTA	PE	53.421-450
Email	Telefone (DDD) 81.98630.5600		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			BANCO Nome _____ NRO. _____		
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			AGÊNCIA NRO. _____ D/V. _____ CONTA NRO. _____ D/V. _____		
AGÊNCIA NRO. 3220	CONTA NRO. 022489	D/V. 4	(Informar digito se existir)	(Informar digito se existir)	(Informar digito se existir)

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.

Paulista 12 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

Luz Claudio Clemente
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

EXCELSIOR SEGUROS
23 NOV. 2018
SEGURO DPVAT
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0118011755

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/11/2018 às 14:52**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **3/8/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1, RUA PROF. RUTILHO, 11 - CENTRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES** - Bairro: **CENTRO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LUIZ (AUTOR \ AGENTE)
KECIO DE SOUZA AMARAL (OUTRO)
LUIZ CLAUDIO CLEMENTE (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

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

LUIZ CLAUDIO CLEMENTE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CLOTILDE ALEXANDRE CLEMENTE** Pai: **NÃO INFORMADO** Data de Nascimento: **24/11/1965** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO DE ENFERMAGEM** Endereço Residencial: **BAIRRO DE MARANGUAPE II, 205, RUA 93, N. 205B - MARANGUAPE II - PAULISTA - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

KECIO DE SOUZA AMARAL (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

LUIZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CLOTILDE ALEXANDRE CLEMENTE** Pai: **NÃO INFORMADO** Data de Nascimento: **24/11/1965** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KECIO DE SOUZA AMARAL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ CLAUDIO CLEMENTE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **1 (REAL)**

Placa: **KKH6531** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **772996245** Chassi: **9C2JC30102R112753**
Ano Fabricação/Modelo: **2001/2002** Combustível: **GASOLINA** Seguro/Apolice: **NÃO SEGURADO**
Descrição: **CRLV 014207238936**

12/11/2018 15:46



Complemento / Observação

ALEGA O QUEIXOSO, QUE NO DIA 03/08/18, POR VOLTA DAS 17:00 HORAS, QUANDO TRAFEGAVA NA RUA PROFESSOR RUTILHO, NO CENTRO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES, FOI SURPREENDIDO POR UM CACHORRO EM SUA FRENTE, QUE AO TENTAR DESVIAR, VEIO A CAIR NA VIA, SENDO SOCORRIDO PELO BOMBEIRO E CONDUZIDO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, SENDO ATENDIDO PELA DRA. MARINA BORGES, CRM 20343, ONDE APÓS EXAMES DE IMAGENS, FOI CONSTATADO FRATURA DO FEMUR DIREITO. FICANDO INTERNADO E SOB CUIDADOS MÉDICOS. QUE NO DIA 13/08/18, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA, ONDE PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, SOB O COMANDO DO DR. TARCÍSIO LIRA, CRM 10591

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

Luiz Claudio Clemente
LUIZ CLAUDIO CLEMENTE
(VITIMA)
Luiz Claudio Clemente
LUIZ
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **ALISON ACIOLI LOPES** - Matrícula: **320628-9**

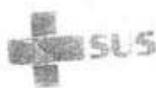


12/11/2018 15:46



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282633300000054683359>
Número do documento: 19121613282633300000054683359

Num. 55581873 - Pág. 12



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Posto I J2-3

Identificação do Estabelecimento de Saúde		Identificação do Executante	
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
Identificação do Paciente		Informações Pessoais	
5- NOME DO PACIENTE LUIZ CLAUDIO CLEMENTE	6- Nº DO PRONTUÁRIO 1065121	7- (CNS) 702003362088989	8- DATA DE NASCIMENTO 24/11/1965
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE CLOTILDE ALEXANDRE CLEMENTE	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 86612342 Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO DO PACIENTE RUA PROF RUTILHO , N.º 11 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: JABOATÃO DOS GUARARAPES - UF: PE			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM COXA D APOS QUEDA DE MOTO HA 3H
SA DESMAIO E VOMITOS

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
FRATURA DE FEMUR DISTAL D

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
FRATURA DE FEMUR DISTAL D

EXCELSIOR SEGUROS
23 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

20- DIAGNÓSTICO INICIAL /24 - CID PRINCIPAL	21- CID 10 SECUNDARIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-----------------------	------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLINICA

27- CARATER DA INTERNACAO

31- DATA DA SOLICITAÇÃO
03/08/2018

29 - CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)
MARINA FERREIRA BORGES ALVES - CRM: Nº.CRM20343

05754582404

37- Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE

33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE

34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR

35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
EMPREGADO

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURA

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

hospital jaboatão maura
22887

Dra. Marina Borges
Ortopedia / Traumatologia
03/08/2018 IE01-15722



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282633300000054683359>
Número do documento: 19121613282633300000054683359

Num. 55581873 - Pág. 14

oi

TELEMAR NORTE LESTE S/A
 CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019146-4
 RUA JOAQUIM FELIPE, 168 - RECIFE - PE CEP: 50050-365
 MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

EMISSAO 2 VIA: 01/11/2018

PAG.: 1/5



CTC RECIFE PE PL2
 PATRICIA PAES BARRETO
 TV TORRES GALVAO PR,210
 JARDIM CAETES
 53560-110 ABREU E LIMA PE

00731



5013512820 00000 00000000038 30 061118

Referência

SETEMBRO /2018

Telefone

(81) 3542-6913

Vencimento

16/10/2018

Total a pagar

R\$ 35,46

Resumo da sua fatura



OI FIXO

R\$

20,46

20,46

OI FIXO
PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL
SERVICOS DIGITAIS

EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS

R\$

15,00

15,00

SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS E DE TERCEIROS



Desde 06 de novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD) 9xxxx-xxxx.

Mais informações em www.oi.com.br/9digito.
CÓDIGO MINHA OI
13120054357
www.oi.com.br/MinhaOi
 Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.
oi

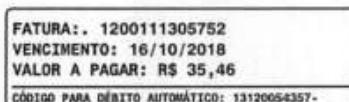
TELEMAR NORTE LESTE S/A
 CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL:
 181.001.0019146-4
 RUA JOAQUIM FELIPE, 168 - RECIFE - PE CEP:
 50050-365
 MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

PATRICIA PAES BARRETO
 TELEFONE/CONTRATO: 35426913 CJ: 0 SU: 6
 CONTA 09/2018 LOCAL 9560 DV 4

CÓDIGO MINHA OI
13120054357

 Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.
www.oi.com.br/MinhaOi


84620000000-4 35460024030-4 32095600354-7 26913061809-4



FATURA: 1200111305752
 VENCIMENTO: 16/10/2018
 VALOR A PAGAR: R\$ 35,46
 CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 13120054357-



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282633300000054683359>
 Número do documento: 19121613282633300000054683359

Num. 55581873 - Pág. 16



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Patricia Paes Barreto inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.471.809-103, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Claudio Clemente inscrito (a) no CPF sob o Nº 590.566.064-68, do sinistro de DPVAT cobertura JN VALIDEZ da Vítima Luiz Claudio Clemente, inscrito (a) no CPF sob o Nº 590.566.064-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

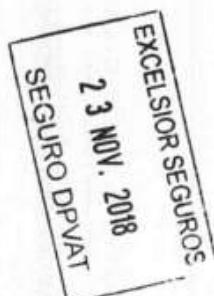
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua TORRES GALVÃO	Número	313	Complemento
Bairro	RJ D CAETES	Cidade	ABREU E LIMA	Estado PE CEP 53.560-110
Email		Telefone comercial(DDD)	81.3542.6713	Telefone celular (DDD) 81.98680.5660

ABREU E LIMA, 12 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

Patricia Paes Barreto
Assinatura do Declarante





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Posto I J2-3

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

2- CNES
426

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

6- Nº DO PRONTUÁRIO
1065121

7- (CNS)
702003362088989

8- DATA DE NASCIMENTO
24/11/1965

9- SEXO

MASCULINO

11- NOME DA MÃE DO PACIENTE

CLOTILDE ALEXANDRE CLEMENTE

12- TELEFONE DE CONTATO
81. 86612342 | Celular: 81.

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA PROF RUTILHO , N.º 11 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: JABOATAO DOS GUARARAPES - UF: PE
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM COXA D APOS QUEDA DE MOTO HA 3H
SA DESMAIO E VOMITOS

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
FRATURA DE FEMUR DISTAL D

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
FRATURA DE FEMUR DISTAL D

EXCELSIOR SEGUROS

23 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

20- DIAGNÓSTICO INICIAL /24 - CID PRINCIPAL

21- CID 10 SECUNDÁRIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLINICA

27- CARATER DA INTERNACAO

31- DATA DA SOLICITAÇÃO
03/08/2018

29 - CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)
MARINA FERREIRA BORGES ALVES - CRM: Nº.CRM20343

05754582404

37- Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

40- CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICI

42 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURA

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

TANTE

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

UTORIZADOR.

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dra. Marina Borges
Ortopedia / Traumatologia
05754582404 / EOT: 15/22

hospital jaboatão maura
427887



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 24/10/2018 11:48

Atendimento: 292341 Entrada: 19/09/2018 Hora: 11:17
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsável:
Médico Resp: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

Recepção: ROSEMERÉ MARINHO
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702003362088989

Paciente: 1616480 LUIZ CLAUDIO CLEMENTE
Nascimento: 24/11/1965 (52 Anos e 11 Meses)
Endereço: RUA PROFESSOR RUTILHO
Bairro: PADRE ROMA C.E.P.: 54110-100
Cidade: 2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES
Pai: NAO DECLARADO
Mãe: CLOTILDE ALEXANDRE CLEMENTE
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 59056606468
Identidade: 2514945 - SSP - PE
Telefone: / 986612342
G.Instrução:
Ocupação: TEC DE ENFERMAGEM
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 13/08/2018 - 15:25

CONSULTA NA URGÊNCIA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

FICHA DE ADMISSÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S):	FRATURA DO DIAFISÁRIA FEMUR
DOENÇAS DE BASE:	NEGA
MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:	NEGA
ORIGEM:	HOF
DATA TRAUMA:	03/08/2018
TIPO DE TRAUMA:	REFERE ACIDENTE DE MOTO
CONDIÇÕES DE PELE:	BOAS
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR.
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	(X) SES () DEMANDA



EXAMES COM O PACIENTE:

() LABORATÓRIO () RNM / TAC (X) RADIOGRAFIAS

CONDUTA NO INTERNAMENTO

RX: (X) COXA () JOELHO () Perna () TORNOZELO () ANTEBRAÇO () COTOVELO () PUNHO

TALA: () COXOPODÁLICA () BOTA(X) LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO; (X) PARECER CARDIOLÓGICO(X) PROFILAXIA TVP/TEP

Hospital Memorial Arminio's Moura
S.A.M.E.
Centro de Atendimento Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Moreno-PE

Página 1 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282633300000054683359>
Número do documento: 19121613282633300000054683359

Num. 55581873 - Pág. 19

Materials Prosmed

DISPOSITIVO TIPO DCS - 01 UNIDADE
PARAFUSOS CORTICAIS - 05 UNIDADES



Página 2 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282633300000054683359>
Número do documento: 19121613282633300000054683359

Num. 55581873 - Pág. 20

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 24/10/2018 11:50

Atendimento: 292341 Entrada: 19/09/2018 Hora: 11:17
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsável:
Médico Resp: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

Recepção: ROSEMERE MARINHO
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702003362088989

Paciente:	1616480 LUIZ CLAUDIO CLEMENTE	Sexo:	MASCULINO	Cor: PARDA
Nascimento:	24/11/1965 (52 Anos e 11 Meses)	Estado Civil:	SOLTEIRO	
Endereço:	RUA PROFESSOR RUTILHO	C.P.F.:	59056606468	
Bairro:	PADRE ROMA C.E.P.: 54110-100	Identidade:	2514945 - SSP - PE	
Cidade:	2607901 JABOATÃO DOS GUARARAPES	Telefone:	/ 986612342	
Pai:	NAO DECLARADO	G.Instrução:		
Mãe:	CLOTILDE ALEXANDRE CLEMENTE	Ocupação:	TEC DE ENFERMAGEM	
Nacionalidade:	BRASIL	Naturalidade:	RECIFE	

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 18/08/2018 - 11:02

AVALIAÇÃO (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

Descrição Cirúrgica

Equipe:

Cirurgião: tarcisio lyra - CRM : 10591

Aux 1:silvio johnson

Anestesista: elivelton andre

Instrumentador:eder

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA COMINUTIVA DIAFISE DISTAL DE FÉMUR DIR

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTSE DE FRATURA DE FÉMUR

2. FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA CRITERIOSA MID

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL MEDIAL E DISTAL EM COXA

ABERTURA POR PLANOS E HEMOSTASIA+FASCIOTOMIA COXA DEVIDO AO EDEMA

REDUÇÃO INDIRETA DA FRATURA DA MELHOR FORMA QUE FOI POSSIVEL DESLIZAMENTO SUBMUSCULAR,
FIXAÇÃO COM 01 PLACA DCS 95° 18 FUROS, 01 PARAFUSO DESLIZANTE Nº75, 4+1 PARAFUSOS
CORTICAIS 4,5MM (TÉCNICA EM PONTE) (UTILIZAÇÃO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS)

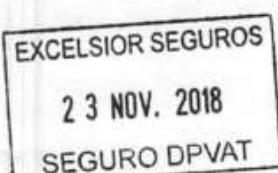
LAVAGEM COM SORO FISIOLÓGICO

COLOCAÇÃO DE DRENO HEMOVAC(2 SAIDAS)

SÍNTese POR PLANOS

CURATIVO OCLUSIVO

Hospital Armindo Moura
Sala 10
Setor de Ortopedia Médico e Estatística
Fone: (81) 3655-2013
Av. Olíero Gómpelo, S/N - Moreno-PE



Página 1 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282633300000054683359
Número do documento: 19121613282633300000054683359

Num. 55581873 - Pág. 21

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletronico do Paciente

Emissão: 24/10/2018 11:52

Atendimento: 292341 Entrada: 19/09/2018 Hora: 11:17
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsável:
Médico Resp: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

Recepção: ROSEMERE MARINHO
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702003362088989

Paciente: 1616480 LUIZ CLAUDIO CLEMENTE
Nascimento: 24/11/1965 (52 Anos e 11 Meses)
Endereço: RUA PROFESSOR RUTILHO
Bairro: PADRE ROMA C.E.P.: 54110-100
Cidade: 2607901 JABOTÃO DOS GUARARAPES
Pai: NAO DECLARADO
Mãe: CLOTILDE ALEXANDRE CLEMENTE
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 59056606468
Identidade: 2514945 - SSP - PE
Telefone: / 986612342
G.Instrução:
Ocupação: TEC DE ENFERMAGEM
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 20/08/2018 - 07:39

Descrição Cirúrgica (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: HOF
DATA DA ADMISSÃO: 13/08/2018
DATA DA ALTA: 20/08/2018

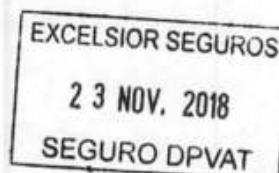
HD: FRATURA DIAFISÁRIA FEMUR

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.



Hospital Regional Arminido Moura
SAMU
Serviço de Atendimento Móvel à Comunidade
(81) 3535-2013
Av. Rio Branco, 100 - Centro
João Pessoa, PB, 58020-000

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282633300000054683359>
Número do documento: 19121613282633300000054683359

Num. 55581873 - Pág. 22



Nome: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE (1616480)

Admissão: 288952

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S723>>FRATURA COMINUTIVA DIAFISE DISTAL DO FEMUR DIR

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 13/08/2018, sendo submetido a tratamento ortopédico em 18/08/2018.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR COM DCS EM PONTE

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 12/9/18 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
14
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente
Data: 18/08/2018 as 11:15

Dr. Tarcisio Lyra
Traumatologista
CRM 10591

Dr. (a)TARCISIO LYRA DE BRITO
CRM: 10591

EXCELSIOR SEGURO,
23 NOV. 2018
SEGURÓ DPVAT



Nome: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE (1616480)

Admissão: 288952

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que LUIZ CLAUDIO CLEMENTE compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

D 10: S723

- () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
(X) Necessitando de (15) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
() Como acompanhante.
() Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 18/08/2018 as 11:14

Dr. Tarcisio Lyra
Ortopedista
CRM 10591

Dr. (a)TARCISIO LYRA DE BRITO
CRM: 10591



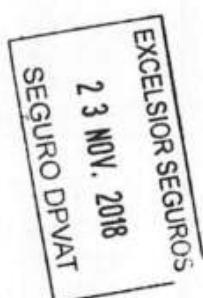


EXCELSIOR SEGUROS
23 NOV. 2018
SEGURADO PVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282633300000054683359>
Número do documento: 19121613282633300000054683359

Num. 55581873 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282633300000054683359>
Número do documento: 19121613282633300000054683359

Num. 55581873 - Pág. 26

**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? [X] Sim [] Não

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

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

DOR À 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	Região Corporal
MEMBRO INFERIOR DIREITO	_____
% do Dano () 10% residual () 25% leve	% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo	() 50% médio () 75% intensa () 100% completo
Região Corporal	Região Corporal
_____	_____
% do Dano () 10% residual () 25% leve	% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo	() 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2019 13:28:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121613282633300000054683359>
Número do documento: 19121613282633300000054683359

Num. 55581873 - Pág. 29

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



VITIMA 3443 **Castro, Cleonete**

DATA DO ACIDENTE 03/08/18 CPF DA VÍTIMA 59056606488

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

A VÍTIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE **GUROS**

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍTIMA)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO
OR SE
2011

() CPF DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGIVEL)

() LAUDO DO INML (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() NA INFORMAÇÃO DE APRESENTAR O LAUDO DO INML DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDÓRIO INML
INFORMAR A SEU MÉDICO DA VITIMA E EM ATENÇÃO AO MÉDICO ACIDENTE INDICAR AS DIFERENÇAS ENTRE

() BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINIDA NO PREGÔNIO PRECEDENTE (UNIFORME QUE COMPROVA A PREGÔNIO).

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

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA [ORIGINAL], COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMO OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVAI IDEZ PERMANENTE

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

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

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
DOS: REPRESENTANTE LÉGAL E QUIEN REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 12 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMAS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL

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

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGG
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEN REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DR.

OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO
AL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(NIVEL)
AL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU
0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- Morte = R\$ 15.000,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE 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 CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADO NESTE FORMULARIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPHATSEGURUDOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC/OPA/00 022 1204

— PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORAS
DATA 22/11/18

IDENTIDADE _____


ASSINATURA _____

ASSINATURA _____


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



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

