



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
55581872	16/12/2019 13:28	2606031_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	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 Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A 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.



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		 <small>Administradora do Seguro DPVAT</small>		
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 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 Sequelae permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL (10%) EM MEMBRO INFERIOR DIREITO Sequelae: 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

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



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





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
55581873	16/12/2019 13:28	ANEXO 1	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 FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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 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

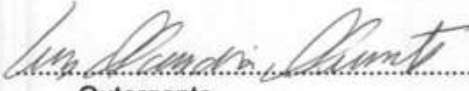
Outorgante: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE, brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: TEC. INF. E MAGEM residente e domiciliado à Rua NOVENTA E TRES, nº 205, bairro: MARANGUAPÉ, Município de PAULISTA, Estado de (o) PERNAMBUCO.
Cep: 53.421-450
Portador (a) do RG: 2514945 SSP/PE, CPF: 590.566.064-68

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 CLAUDIO 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

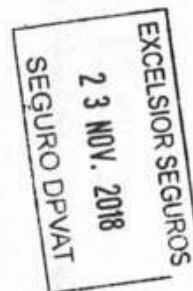


SECRETARIA NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Paulista, Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
R. Municipal Floriano Peixoto, 76 - CEP 53401-480 - Paulista / PE - Fone: (81) 3010-9001

NOTAS: Escrituras, Ata Notarial, Testamentos, Procurações, Respostas em nome de Fim, Letras, Autenticações, ETC.
Registo Geral de Imóveis - RGI

Reconheço por autenticidade a firma LUIZ CLAUDIO CLEMENTE: Dou fé.
Paulista/PE, 12/11/2018 15:11:11. Enol.: R\$ 3,51; TSNR: R\$ 0,60;
FERC: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,08, Op. 163. DORES LAIZA DIAS MUNIZ SILVA
- Escrevente Autorizada. Consulte autenticidade em
www.tipe.jus.br/selodigital 0077552.CBT11201801.00552

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425159/18

Número do Sinistro: 3180552810

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

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

PATRICIA PAES BARRETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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.

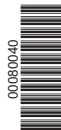
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00079/00080 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13633429



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





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. 01523/01524 - carta_02 - INVALIDEZ

00060762



Carta nº 14128761





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

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

590.566.064-68

Nome completo da vítima

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)			
		81.98630.5660			

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.

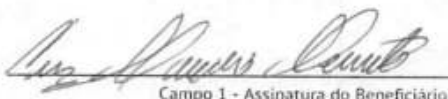
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO: _____ NR0: _____ AGÊNCIA: _____ NR0: _____ D/V: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NR0: 3220 D/V: _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NR0: 022489 D/V: 4 (Informar dígito se existir)	(Informar dígito 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

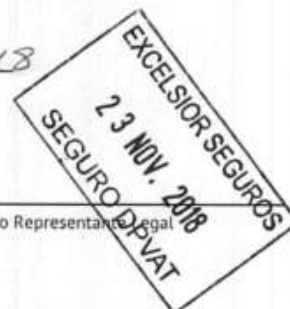
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





**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 - Culposos (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 DIS GUARARAPES - Bairro: CENTRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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: **CLRV 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

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

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

12/11/2018 15:46



Ponto I 12-3



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS		4- CNES 426
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS		2- CNES 426		
Identificação do Paciente		6- Nº DO PRONTUÁRIO 1065121	7- (CNS) 702003362088989	8- DATA DE NASCIMENTO 24/11/1965
5- NOME DO PACIENTE LUIZ CLAUDIO CLEMENTE		11- NOME DA MÃE DO PACIENTE CLOTILDE ALEXANDRE CLEMENTE		12- TELEFONE DE CONTATO 81. 86612342 Celular: 81.
9- SEXO MASCULINO		14- TELEFONE DE CONTATO		
13- NOME DO RESPONSÁVEL				
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 3A 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				
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- CLÍNICA		27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO		
29 - CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) MARINA FERREIRA BORGES ALVES - CRM: Nº.CRM20343		05754582404		31- DATA DA SOLICITAÇÃO 03/08/2018
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
<input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO		36- CNPJ DA SEGURADORA		37- Nº DO BILHETE
<input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		49- CNPJ EMPRESA		40- CNAE DA EMPRESA
<input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				41 - CBOR
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		DESEMPREGADO		APOSENTADO
EMPREGADO		EMPREGADOR		NÃO SEGURO
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				

EXCELSIOR SEGUROS
23 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

hospital armado maura
422887



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





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.831.632/0001-08 | Insc. Est. 5005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA SILVANY DE OLIVEIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NOVENTA E TRÊS 205 B

CPF: 028 749 224-98

MARANGUAPE IIMARANGUAPE

CLASSIFICAÇÃO

PALMISTARPE

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

4010118587

10/2018

DATA DE VENCIMENTO

DATA PRÓXIMA DE VENCIMENTO

30/10/2018

23/11/2018

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO

028518723

UNICA

23/10/2018

APRESENTAÇÃO

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO

23/10/2018

2001668710

2403074

75,34

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MWh)	74,9800000	0,72068006	54,89
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,68
ICMS Subvenção-CDE-NF 029400087-24/08/18			0,80
Multa por atraso-NF 021894973-25/08/18			1,35
Multa por atraso-NF 029400087-24/08/18			2,05
Juros por atraso-NF 021894973-25/08/18			1,89
Juros por atraso-NF 029400087-24/08/18			0,88
Atualização ICPIA-NF 021894973-25/08/18			1,82
Atualização ICPIA-NF 029400087-24/08/18			1,14

TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
21862047	LAT	21/09/2018	889,00	23/10/2018	945,00	32	1,00000		75,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	IPB	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	R\$	%
OUT 18	75	ICMS			Geração de Energia	31,20	36,28%
SET 18	68	PIS	66,92	26,00	Transmissão	2,38	4,31%
AGO 18	121	COFINS	59,52	0,84	Distribuição (Câble)	12,09	20,18%
JUL 18	206		59,52	2,39	Perdas de Energia	3,80	6,34%
JUN 18	87				Encargos Setoriais	3,11	5,19%
MAY 18	30				Tributos	17,14	28,52%
ABR 18	88				TOTAL	85,92	100%
MAR 18	144						
FEV 18	117						
JAN 18	35						
DEZ 17	46						
NOV 17	39						
OUT 17	108						

Pague no próximo período de vencimento, com a tag (tag) de identificação de energia elétrica, ou diretamente no site da Celpe, ou em qualquer outro ponto de venda autorizado pela Celpe. Para mais informações, consulte o site da Celpe ou o telefone 0800 000 0000.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				NÍVEL DE TENSÃO	
COLUNTO	VALOR APLICADO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
DIC	PAU AMARELO	ago/2018			
DEC		0,51	0,07	10,15	20,30
NOV		3,28	3,23	0,47	12,95
OUT		0,40	2,80	0,00	0,00

Limite DCE: 12,33 | Valor de Energia de Uso do Sistema de Distribuição: R\$ 20,61

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

4010118587

10/2018

30/10/2018

75,34

83850000000-8 75340011004-6 01011858710-0 15443478783-9





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

EMISSION 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



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

OI FIXO
PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL
SERVICOS DIGITAIS

20,46



EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS

R\$ 15,00

SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS E DE TERCEIROS

15,00

EXCELSIOR SEGUROS
23 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

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.



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

www.oi.com.br/MinhaOi

Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

8462000000-4 35460024030-4 32095600354-7 26913061809-4



FATURA: 1200111305752
VENCIMENTO: 16/10/2018
VALOR A PAGAR: R\$ 35,46

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 13120054357-



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/BIBLIOTECASWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu PATRICIA PAES BARRETO inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.971.809 / 03 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 INVALIDAÇÃO 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

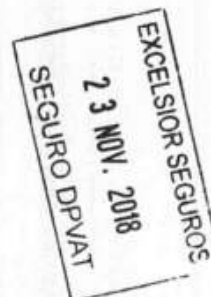
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>RUA TORRES GALVÃO</u>		Número	<u>313</u>	Complemento	
Bairro	<u>JO CAETES</u>	Cidade	<u>ABREU E LIMA</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email						<u>53.560-110</u>
			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>81.3542.6713</u>	<u>81.98630.5660</u>		

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

Patricia Paes Barreto
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



Parto I 12-3



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM COXA D APOS QUEDA DE MOTO HA 3H
3A 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 ASSOCIAD
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26- CLÍNICA	27- CARATER DA INTERNAÇÃO	
29- CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) MARINA FERREIRA BORGES ALVES - CRM: Nº.CRM20343	31- DATA DA SOLICITAÇÃO 03/08/2018	
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
<input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE
<input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA
<input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41- CBOR
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	EMPREGADO	EMPREGADOR
	AUTÔNOMO	DESEMPREGADO
		APOSENTADO
		NÃO SEGURO

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

hospital amanda maura
427887



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 24/10/2018 11:48

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

Recepcionista: ROSEMERE MARINHO
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 702003362088989

Paciente: 1616480 LUIZ CLAUDIO CLEMENTE
Nascimento: 24/11/1965 (52 Anos e 11 Meses)
Endereco: 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 URGENCIA (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 Armindo Moura
S.A.M.E.
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N-Moreno-PE



Materiais Prosméd

DISPOSITIVO TIPO DCS - 01 UNIDADE
PARAFUSOS CORTICAIS - 05 UNIDADES



Página 2 de 2



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 24/10/2018 11:50

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

Recepcionista: ROSEMERE MARINHO
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 702003362088989

Paciente: 1616480 LUIZ CLAUDIO CLEMENTE
Nascimento: 24/11/1965 (52 Anos e 11 Meses)
Endereco: 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

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 FÊMUR DIR

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA DE FÊMUR

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

EXCELSIOR SEGUROS

23 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Página 1 de 2

Hospital Armindo Moura
Serviço de Análise Médico e Estatística
Fone: (011) 3635-2013
Av. Clélio Campelo, S/N- Moreno-PE



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 24/10/2018 11:52

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

Recepcionista: ROSEMERE MARINHO
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 702003362088989

Paciente: 1616480 LUIZ CLAUDIO CLEMENTE
Nascimento: 24/11/1965 (52 Anos e 11 Meses)
Endereco: 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: 20/08/2018 - 07:39

DESCRIÇÃO CIRURGICA (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

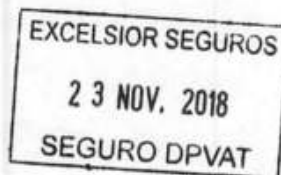
HD: FRATURA DIAFISÁRIA FEMUR

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 Memorial Armino Moura
SAM E
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Folha: (01) 0535-2013
Av. Celso Campelo, S/N- Moreno-PE





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 CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR COM DCS EM PONTE

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALLEXINA 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;
- 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. Tarcísio Lyra
Traumatologia
CRM 10591

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





Armino Moura
HOSPITAL GERAL

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. Tarcísio Lyra
Traumatologia Ortopedia
CRM 10591

Dr. (a) TARCÍSIO LYRA DE BRITO

CRM: 10591



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PROTEÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2514945 SSP PE

CPF
590.566.064-68

DATA NASCIMENTO
24/11/1965

FILIAÇÃO
CLOTILDE ALEXANDRE
CLEMENTE

PERMISSÃO
ACC

CAT. VIAB.
AB

Nº REGISTRO
01171561589

VALIDADE
02/02/2022

1ª HABILITAÇÃO
23/03/2000

OBSERVAÇÕES
sem observações

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
03/02/2017

Assinatura do Portador
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

Assinatura do Emissor
56242152581
PE074399977

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421175059

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421175059

EXCELSIOR SEGUROS
23 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
UNIDADE NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
PATRICIA PAES BARRETO

DOC. CONTÁVEL / ORIG. EMISSOR / UF
5081132 SSP PE

CPF
024.471.804-03

DATA NASCIMENTO
09/04/1977

PLACAO
FERNANDO PAES BARRETO
MARIA ROZALIA LOPES
PAES BARRETO

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
D

Nº REGISTRO
03256203570

VALIDADE
30/09/2019

Nº HABILITAÇÃO
19/11/1996

sem observações

Patricia Paes Barreto

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
01/10/2014

43821116378
PE062077031

DETRAN - PE PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
966833295

PROIBIDO PLASTIFICAR
966833295

EXCELSIOR SEGUROS
23 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



**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 - Órgão 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 fêmur distal direita.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FIXAÇÃO DA FRATURA DE FÊMUR 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 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

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





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Luiz Roberto Clemente
DATA DO ACIDENTE 03/08/18 CPF DA VITIMA 590566 054188
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE RESISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO



DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00
 - MORTE = R\$ 11.500,00
 - 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 OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

IDENTIDADE _____ DATA _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

IDENTIDADE _____ DATA 22/11/18

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 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: 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 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: 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

