

# 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



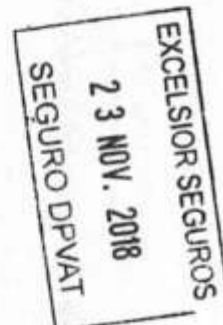
Ofício Notarial e Registral - 1º Ofício  
Paulista, PE, 12/11/2018 15:11:11. Encl.: R\$ 3,51; TSNR: R\$ 0,80;  
FERC: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,08. Op. 163. DORES LAIZA DIAS MUNIZ SILVA  
- Escrevente Autorizada. Consulte autenticidade em  
[www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital) 0077552.CDT11201801.00552

NOTAS: Escrituras, Ata Notarial, Testamentos,  
Procurações, Reconhecimento de Firmas,  
Leilões, Autenticações, ETC.  
\* Registro Geral de Imóveis - RGI (2014)

Reconheço por autenticidade a firma LUIZ CLAUDIO CLEMENTE: Dou fé.  
Paulista/PE, 12/11/2018 15:11:11. Encl.: R\$ 3,51; TSNR: R\$ 0,80;  
FERC: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,08. Op. 163. DORES LAIZA DIAS MUNIZ SILVA  
- Escrevente Autorizada. Consulte autenticidade em  
[www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital) 0077552.CDT11201801.00552

[www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

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](http://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

PATRICIA PAES BARRETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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](http://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](http://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

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**

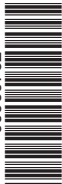
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



Carta nº 14128761



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

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180552810**

**Vítima: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: PATRICIA PAES BARRETO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

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

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

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

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: **LUIZ CLAUDIO CLEMENTE**

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

Banco: **104**

Agência: **000003220**

Conta: **00000022489-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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		
Maranguape II	Paulista	PE	53.421-450		
Email			Telefone (DDD)		
			81.98680.5660		

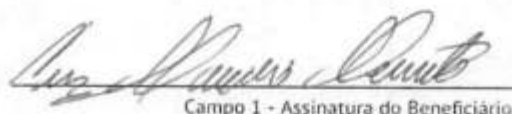
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

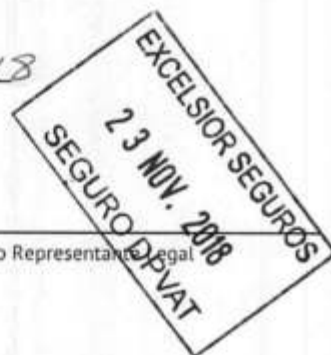
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <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)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 3220 (Informar dígito se existir)		D/V CONTA NRO. 022489 (Informar dígito se existir)		D/V BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		D/V (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





**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: **CRLV 014207238936**

## 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**



Posto I 12-3



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4- CNES
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS		426
<b>Identificação do Paciente</b>		6- Nº DO PRONTUÁRIO	7- (CNS)	8- DATA DE NASCIMENTO
5- NOME DO PACIENTE		1065121	702003362088989	24/11/1965
LUIZ CLAUDIO CLEMENTE	11- NOME DA MAE DO PACIENTE	12- TELEFONE DE CONTATO		
9- SEXO	CLOTILDE ALEXANDRE CLEMENTE	81. 86612342   Celular: 81.		
MASCULINO	14- TELEFONE DE CONTATO			
13- NOME DO RESPONSÁVEL				
15- ENDEREÇO DO PACIENTE				
RUA PROF RUTILHO, N.º 11 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: JABOATAO DOS GUARARAPES - UF: PE				
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
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 ASSOCIADO	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
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)		31- DATA DA SOLICITAÇÃO		
MARINA FERREIRA BORGES ALVES - CRM: Nº.CRM20343		05754582404 03/08/2018		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>				
<input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE	
<input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
<input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
EMPREGADO	EMPREGADOR	AUTÔNOMO	DESEMPREGADO	APOSENTADO
		NÃO SEGURA		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
44 - CÓD ORGÃO EMISSOR	48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR			
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				

EXCELSIOR SEGUROS  
23 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT

hospital armado mouro  
427887

# 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 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

MARIA SILVANY DE OLIVEIRA

CPF: 028 749 224-98

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
028618723	UNICA	23/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/10/2018	2001608710	2403074

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NOVENTA E TRÊS 205 B

MARANGUAPE II/MARANGUAPE  
PALMISTAS PE  
53421-450

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4010118587	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO DECONTABILIZAÇÃO
30/10/2018	23/11/2018
TODOS OS PAGAMENTOS	

75,34

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	74,9800000	54,88
Acrescimo Bandeira VERMELHA		5,23
Contrib. Ilum. Pública Municipal		5,68
ICMS Subvenção CDE-NF 029400067-24/06/18		0,80
Multa por atraso NF 021864973 - 25/06/18		1,35
Multa por atraso NF 029400067 - 24/06/18		2,05
Juros por atraso NF 021864973 - 25/06/18		1,88
Juros por atraso NF 029400067 - 24/06/18		0,88
Atualização IGPM-NF 021864973 - 25/06/18		1,82
Atualização IGPM-NF 029400067 - 24/06/18		1,14

## TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL 75,34

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
21862042	CAT	21/10/2018	888,00		23/10/2018	945,00		22	1,0000		75,00

## HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)
OUT 18	75
SET 18	88
AGO 18	121
JUL 18	206
JUN 18	87
MAY 18	30
ABR 18	88
MAR 18	144
FEV 18	117
JAN 18	30
DEZ 17	46
NOV 17	38
OUT 17	108

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS		
PIS	0,65	25,00
COFINS	0,84	0,38
	2,38	1,78

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	%
Gerção de Energia	21,20	28,28%
Transmissão	2,08	4,31%
Distribuição (Custos)	12,08	20,18%
Perdas de Energia	3,80	5,74%
Encargos Setoriais	3,11	5,19%
Tributos	17,14	28,02%
Total	55,52	100%

Consumo Ativo (kWh)

0,52150000

## RESUMO AO FISCAL

8307 5030 B0F7 68A8 BFF3 5710 3A4C A8C0F

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo mais perto de você e sem pagar multa. Se não pagar no prazo, a multa será calculada sobre o valor devido. Para saber mais sobre as condições de pagamento, consulte o site da CELPE. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas para a medição da energia elétrica. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas para a medição da energia elétrica.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 10.000/2015), tarifas, padrões, serviços prestados e tributos de transmissão e distribuição, para consulta, são publicados no site da CELPE, em www.celpe.com.br

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

COLUNA	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE SEMESTRAL	LIMITE ANUAL
DEC	FAU AMARELO	ago/2018		
FIC		0,53	0,07	10,15
OSBC		3,08	3,23	6,47
		0,42	2,86	0,00

Limite DEC: 12,23 0,00 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 20,81

## NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231

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

4010119587 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



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

	<b>OI FIXO</b> .....	<b>R\$</b>	<b>20,46</b>
	OI FIXO		20,46
	PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL		
	SERVICOS DIGITAIS		
+	<b>EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS</b>	<b>R\$</b>	<b>15,00</b>
	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](http://www.oi.com.br/9digito).

**CÓDIGO MINHA OI**  
**13120054357**

[www.oi.com.br/MinhaOi](http://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](http://www.oi.com.br/MinhaOi)

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

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-



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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 024.471.804 / 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

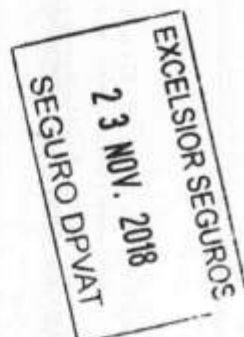
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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>JOÃO CAETES</u>	Cidade	<u>ABREU E LIMA</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email				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



Posto I 12-3



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS		4- CNES 426
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS		2- CNES 426		
<b>Identificação do Paciente</b>		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 MAE 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: JABOATAO DOS GUARARAPES - UF: PE				
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
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 ASSOCIAD	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
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		05754582404		31- DATA DA SOLICITAÇÃO 03/08/2018
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>				
<input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA		37- Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
<input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA		40- CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
<input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
EMPREGADO	EMPREGADOR	AUTÔNOMO	DESEMPREGADO	APOSENTADO
		NÃO SEGURA		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44 - CÓD ORGÃO EMISSOR				
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				

EXCELSIOR SEGUROS  
23 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT

hospital armado mouro  
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
<b><u>EXAMES COM O PACIENTE:</u></b>	
( ) LABORATÓRIO ( ) RNM / TAC ( X ) RADIOGRAFIAS	
<b><u>CONDUTA NO INTERNAMENTO</u></b>	
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 Arminho Moura  
S.A.M.E.  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3535-2013  
Av. Cleto Campelo, S/N- Moreno-PE

**Materials Prosmed**

DISPOSITIVO TIPO DCS - 01 UNIDADE  
PARAFUSOS CORTICAIS - 05 UNIDADES



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. OSTEOSSINTESE 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



**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

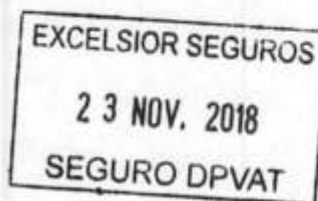
**HD: FRATURA DIAFISÁRIA FEMUR**

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 Armindo Moura  
SAM E  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Folha: (31) 0535-2013  
Av. Manoel de Amparo, S/N-Moreno-PE



**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: / /

### 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 - 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;
- 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  
Traumatologia  
CRM 10591

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





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) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM: 10591





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSMITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1421175059

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1421175059

NOME  
**LUIS 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  
**AB**

ACC  
**AB**

CAT. HAB.  
**AB**

Nº REGISTRO  
**01171561589**

VALIDADE  
**02/02/2022**

1ª HABILITAÇÃO  
**23/03/2000**

OBSERVAÇÕES  
sem observações

Assinatura do Portador

LOCAL  
**OLINDA - PE**

DATA EMISSÃO  
**03/02/2017**

Assinatura do Emissor  
**Charles Andrews Souza Ribeiro**  
Diretor Presidente

56242152581  
PE074399977

PERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGUROS  
23 NOV. 2018  
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO DIRETORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS <b>966833295</b>	NOME <b>PATRICIA PAES BARRETO</b>
	<div> <div>           DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR / UF)  <b>5081132 SSP PE</b> </div> <div>           CPF  <b>024.471.804-03</b> </div> <div>           DATA NASCIMENTO  <b>09/04/1977</b> </div> </div>
	FILIAÇÃO <b>FERNANDO PAES BARRETO</b>  <b>MARIA ROZALIA LOPES</b> <b>PAES BARRETO</b>
	PERMISSÃO <input type="checkbox"/> ACC <input type="checkbox"/> CAT. HAB. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
PROIBIDO PLASTIFICAR <b>966833295</b>	Nº REGISTRO <b>03256203570</b> VALIDADE <b>30/09/2019</b> 1ª HABILITAÇÃO <b>19/11/1996</b>
	OBSERVAÇÕES <b>sem observações</b>
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Patricia Paes Barreto</i>	
LOCAL <b>RECIFE - PE</b> DATA EMISSÃO <b>01/10/2014</b>	
ASSINATURA DO EMISSOR <i>Luiz Humberto</i> 43621118378 PE062077031	
<b>DETRAN - PE (PERNAMBUCO)</b>	

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

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

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

**Resultado da Avaliação Médica**

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

fratura de femur distal direita.

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

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

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

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

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

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

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

DOR Á MOVIMENTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DE PERNA DIREITO.

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

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

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

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

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

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

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

Região Corporal

MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

Região Corporal

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

Região Corporal


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

Região Corporal

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

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

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



---

GUSTAVO CARVALHO ROSAS CRM : 13685 / UF :PE

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Luiz Roberto ClementeDATA DO ACIDENTE 03/08/18 CPF DA VITIMA 590566 06468

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO 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)
- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A ASSISTÊNCIA 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO



## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)
- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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**
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - 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 OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA,

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

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