

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

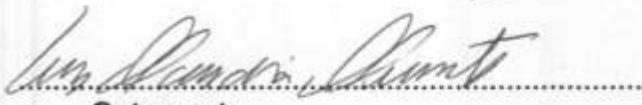
Outorgado: PATRICIA PAES BARRETO, brasileiro (a), estado civil: Casada,
profissão: Autônoma, residente e domiciliado (a) à Rua Torres Galvão, nº 313,
bairro: Centro, Município de Abreu e Lima, Estado de (o) PERNAMBUCO - CEP.:
53.525-170, portador (a) do RG nº 5081132 SSP/PE e CPF nº 024.471.804-03.

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 Cláudio CLEMENTE ocorrido em 03-08-2018
conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

Paulista, 12 de novembro de 2018.




Outorgante

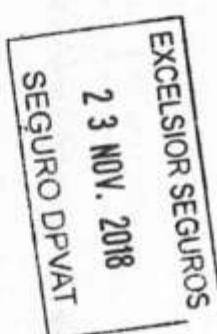
CPF Nº 590.566.064-68

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SEU OFÍCIO
NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
M.º 23005-0001-0001
Av. Presidente Floriano Peixoto, 76 - CEP 53401-480 - Paulista / PE - Fone: (81) 3010-9801

* NOTAS: Execuções, Ata Notarial, Testemunhos,
Procurações, Reatualizações de Firmas,
Letras, Autenticações, ETC.
* Registro Geral de Imóveis - RGIB

Reconheço por autenticidade a firma LUIZ CLAUDIO CLEMENTE: Dto. fá.
Paulista/PE, 12/11/2018 15:11:11. Emol.: R\$ 3,51; TSNR: R\$ 0,60;
FNC: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,08. Op. 163. DORES LAIZA DIAS MUNIZ SILVA
- Escrevente Autorizada. Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital/0077552-DOT11201801.00552



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425159/18

Vítima: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

CPF: 590.566.064-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/08/2018

Titular do CPF: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Data do acidente: 03/08/2018

CPF: 590.566.064-68

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA PAES BARRETO

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180552810

Vítima: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

Data do Acidente: 03/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PATRICIA PAES BARRETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

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

Declaração do Proprietário do Veículo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

Nº Sinistro: 3180552810

Vítima: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

Data do Acidente: 03/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PATRICIA PAES BARRETO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

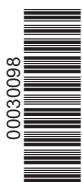
O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

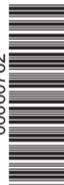
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	590.566.064-68	Luiz Cláudio Clemente

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Luiz Cláudio Clemente	590.566.064-68		
Endereço	Número	Complemento	
Rua NOVENTA e TRÊS	205	B	
Bairro	Estado	CEP	
MARANGUAPÉ II	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"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	BANCO Número
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			NRO
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
3220	022489	013	
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

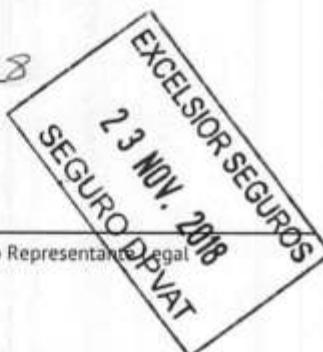
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Paulista 12 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Luiz Cláudio Clemente
 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 028^a CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28^aCIRC DIM/8^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N^o. **18E0118011755**

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

EXCELSIOR SEGUROS
23 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

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 JABOTÃO 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
X **LUIZ CLAUDIO CLEMENTE**
(VITIMA)
Luiz Claudio Clemente
X **LUIZ**
(AUTOR / AGENTE)

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





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Posto I J2-3

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

2- CNES
426

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE
LUIZ CLAUDIO CLEMENTE
9- SEXO
MASCULINO

6- Nº DO PRONTUÁRIO

1065121

7- (CNS)

702003362088989

8- DATA DE NASCIMENTO
24/11/1965

11- NOME DA MÃE DO PACIENTE
CLOTILDE ALEXANDRE CLEMENTE

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

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA PROF RUTILHO , N.º 11 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: JABOATÃO DOS GUARARAPES - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

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

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

EXCELSIOR SEGUROS
23 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

21- CID 10 SECUNDARIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIAD

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

26- CLINICA

27- CARATER DA INTERNACAO

31- DATA DA SOLICITAÇÃO
03/08/2018

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

05754582404

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41- CBOR

35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURA

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICI
TANTE

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dra. Marina Borges
Ortopedia / Traumatologia
03/08/2018 TOT: 15/22

hospital dom mario moura
22887

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu PATRICIA PAES BARRETO inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.471.809-03 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Cláudio Clemente inscrito (a) no CPF sob o Nº 590.566.064-68, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Luiz Cláudio 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

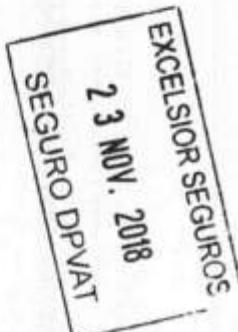
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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	313	Complemento
Bairro	<u>JD CAETES</u>	Cidade	<u>ABREU E LIMA</u>	Estado	PE
Email			Telefone comercial(DDD)	81.3542.6713	Telefone celular (DDD) 81.98680.5660

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

Assinatura do Declarante





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Posto I J2-3

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

2- CNES
426

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE
LUIZ CLAUDIO CLEMENTE
9- SEXO
MASCULINO
13- NOME DO RESPONSÁVEL

6- Nº DO PRONTUÁRIO

1065121

7- (CNS)

702003362088989

8- DATA DE NASCIMENTO
24/11/1965

11- NOME DA MAE DO PACIENTE
CLOTILDE ALEXANDRE CLEMENTE

14- TELEFONE DE CONTATO

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

15- ENDERECO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

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

EXCELSIOR SEGUROS

23 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

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

21- CID 10 SECUNDÁRIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIAD

20- DIAGNÓSTICO INICIAL /24 - CID PRINCIPAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

26- CLINICA

27- CARATER DA INTERNACAO

31- DATA DA SOLICITAÇÃO
03/08/2018

29 - CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)
MARINA FERREIRA BORGES ALVES - CRM: N.º.CRM20343

05754582404

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURA

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
43 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICI
TANTE

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - CARIMBO E ASS. DO MÉD
UTORIZADOR.

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dra. Marina Borges
Ortopedia / Traumatologia
03/08/2018 TOT: 15/22

hospital dom mario moura
427887

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

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

Paciente: 1616480 LUIZ CLAUDIO CLEMENTE
Nascimento: 24/11/1965 (52 Anos e 11 Meses)
Endereço: RUA PROFESSOR RUTILHO
Bairro: PADRE ROMA C.E.P.: 54110-100
Cidade: 2607901 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 () PERNAS () TORNOZELO () ANTEBRAÇO () COTOVELO () PUNHO

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

EXCELSIOR SEGUROS
23 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Hospital Armindo Moura
S.A.M.E
Centro de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 2535-2013
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
Responsável:
Médico Resp: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

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

Paciente: 1616480 LUIZ CLAUDIO CLEMENTE
Nascimento: 24/11/1965 (52 Anos e 11 Meses)
Endereço: RUA PROFESSOR RUTILHO
Bairro: PADRE ROMA C.E.P.: 54110-100
Cidade: 2607901 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

Intrumentador: eder

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA COMINUTIVA DIAFISE DISTAL DE FÉMUR DIR

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE FÉMUR

2. FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA CRITERIOSA MID

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL MEDIAL E DISTAL EM COXA

ABERTURA POR PLANOS E HEMOSTASIA+FASCIOTOMIA COXA DEVIDO AO EDEMA

REDUÇÃO INDIRETA DA FRATURA DA MELHOR FORMA QUE FOI POSSIVEL DESLIZAMENTO SUBMUSCULAR,

FIXAÇÃO COM 01 PLACA DCS 95° 18 FUROS, 01 PARAFUSO DESLIZANTE Nº75, 4+1 PARAFUSOS

CORTICAIS 4,5MM (TÉCNICA EM PONTE) (UTILIZAÇÃO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS)

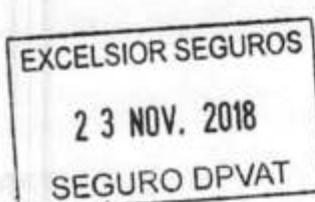
LAVAGEM COM SORO FISIOLÓGICO

COLOCAÇÃO DE DRENO HEMOVAC(2 SAIDAS)

SÍNTESI POR PLANOS

CURATIVO OCLUSIVO

Hospital Armindo Moura
Série de Atend. Médico e Estatística
Fone: (81) 3635-2013
Av. Cidêo Campelo, S/N-Moreno-PE



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

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

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

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

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 20/08/2018 - 07:39

Descrição Cirúrgica (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

RESUMO DE ALTA

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

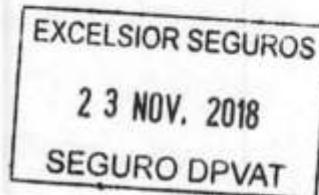
HD: FRATURA DIAFISÁRIA FEMUR

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

Ao exame:

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

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.



Hospital Armindo Moura
S.A.M.E
Centro de Atendimento Médico e Estatística
CNPJ: 23.535.2013
(81) 3250-5000
Av. das Américas, 2000 - Candeias - PE
Av. das Américas, 2000 - Candeias - 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- 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
Traumatologista
CRM 10591

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

EXCELSIOR SEGURO
23 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



Armindo 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).
- Necessitando de (15) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
- Como acompanhante.
- Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

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

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 18/08/2018 as 11:14

Dr. Tarcisio Lyra
Traumato Ortopedia
CRM 10591

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

EXCELSIOR SEGUROS
23 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE TRÂNSITO
PE

NAME: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

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

CPF: 590.566.064-68 DATA NASCIMENTO: 24/11/1965

PILAÇÃO:

CLOTILDE ALEXANDRE
CLEMENTE

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 01171561589 VALIDADE: 02/02/2022 1ª HABILITAÇÃO: 23/03/2000

OBSERVAÇÕES: sem observações

Assinatura: *Luiz Claudio Clemente*

LOCAL: OLINDA - PE DATA EMISSÃO: 03/02/2017

Assinatura: *Charles Andreu Souza Kibaire*
Charles Andreu Souza Kibaire
Diretor Presidente

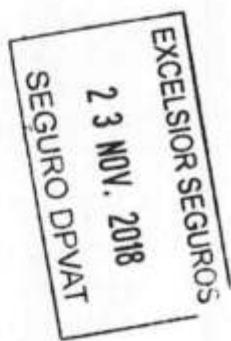
Assinatura do Emissor: *Charles Andreu Souza Kibaire*

PERNAMBUCO

VALIDADE TODO TERRITÓRIO NACIONAL
1421175059

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421175059

EXCELSIOR SEGUROS
23 NOV. 2018
SEGURÓ 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? [X] Sim [] Não

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

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

DOR 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 (*).

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “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 ás 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

VÍTIMA Luiz Cláudio Olminto CPF DA VÍTIMA 59056606488
 DATA DO ACIDENTE 03/08/18 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 N° _____ COMPLEMENTO _____ UF _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- RÉGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS (NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 VÍTIMA MÉDIO, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE
- 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 A 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 GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CÓPIA 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 VÍTIMA MÉDIO, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

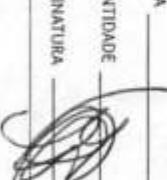
DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA



EXCELSIOR SEGUROS
23 NOV 2018
SEGURO DPVAT

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 PERNAS 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 PERNAS 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