
Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190448752

Vítima: SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA

Data do Acidente: 13/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

073.862.374-13

4 - Nome completo da vítima:

Suelen Francisca Sousa da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Suelen Francisca Sousa da Silva

6 - CPF:

073.862.374-13

7 - Profissão:

Vendedora

8 - Endereço:

Rua Querubina Sales de Sousa

9 - Número:

18

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Malvinas

12 - Cidade:

Campina Grande

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58432-562

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83)99928-9443

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2221

CONTA:

00040160

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

ARIVLE CORRETORA
26 JUL. 2019
Assinatura da testemunha
TEL: (83) 3321-5930

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB 23/07/2019

X Suelen F. Sousa da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



5067 2250 8029 8500

5067

VALID DATE

10/24

SUELEN F S DA SILVA
2221 013 00040160-8

elo



AUTO-ATENDIMENTO - AG CAMPINA GRANDE

DATA: 18/12/2018

HORA: 15:55:59

TERMINAL: 00411055

CONTROLE: 004110550470

AGÊNCIA: 2221 - FIEP

CONTA: 013.00040160-8

CLIENTE: SUELEN F S DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
11/12	500,00
14/12	5,02

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			5,00C
----------------	--	--	-------

Dezembro

11/12	111833	DP DIN LOT	500,00C
14/12	000000	REM BASICA	0,00C
14/12	000000	CRED JUROS	0,02C

RESUMO EM 17/12

SALDO	505,02C
-------	---------

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL	505,02C
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO TOTAL	505,02C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE

CAIXA.GOV.BR/VOCE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

073.862.374-13

4 - Nome completo da vítima:

Suelen Francisca Sousa da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Suelen Francisca Sousa da Silva

6 - CPF:

073.862.374-13

7 - Profissão:

Vendedora

8 - Endereço:

Rua Querubina Sales de Sousa

9 - Número:

18

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Malvinas

12 - Cidade:

Campina Grande

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58432-562

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

83)99928-9443

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2221

CONTA: 00040160

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivas)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB 23/07/2019

X Suelen F. Sousa da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**SAMU
192**



**ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE UMBUZEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **SUELEN FRANCISCA SOUZA DA SILVA**, 29 anos foi vítima de um acidente motociclístico, no dia 13 de fevereiro de 2018 em via pública, no Sítio Picadas (Curva do Rio da Paraíba), onde recebeu os primeiros socorros pela equipe plantonista da Unidade de Suporte Básico (USB 49). A paciente encontrava-se consciente, orientada, relatou que fazia uso de capacete, apresentava fratura de fêmur com hemorragia + possível fratura de punho, sinais vitais preservados, foi regulado, e ao seguir orientação médica foi realizado SRL + Dipirona, foi solicitado a USA para avaliação a qual veio a de Aroeiras, o médico junto com a equipe recebeu a paciente seguindo para o Hospital de Trauma em Campina Grande.

Por expressão da verdade, firmo e assino a presente declaração.

UMBUZEIRO, 23 de maio de 2018.

Paulo Rosenberg Rodrigues da Silva

Paulo Rosenberg Rodrigues da Silva

COORDENADOR DO SAMU

ARVILE CORRETORA

26 JUL. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

Paulo Rosenberg R. da Silva
ENFERMEIRO
COREN-PB 518.131

CARTÓRIO DA ZONA LESTE
Rua Fernandes Vieira, 482 - José Pinheiro
CAMPINA GRANDE-PB. - 3341-8065

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
• a reprodução fiel do original que me foi exibido.
CAMPINA GRANDE 30/07/2008

Maria Deijaline Ribeiro
Maria Deijaline Ribeiro

SELO DIGITAL: AHD 93589-2HPY
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CNPJ: 09.494.245/0001-97-PB

End: Av. Carlos Pessoa, 92 - Centro - Umbuzeiro - PB

Fone: (83) 3395-1194

e-mail:saude.umbuzeiro@hotmail.com

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: 09/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000040160-8

Nr. da Autenticação FA345E5677E525A0

SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA
RUA QUERUBINA SALES DE SOUSA, 18 - MALVIAS
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58432-562 (AG: 401)



Ligação: MONOFÁSICO
Clas/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 14 - 401 - 774 - 2640
Medidor: 02000757511

BR220 - KM 152 - Alça Sudoeste - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58422-700
Referência: Jun / 2019
Emissão: 21/06/2019

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.825.596/0001-96 Insc. Est. 15.603.929.11

Nota Fiscal/Conta de Energia Efetiva Nº: 41021.114
Cód. para Deb. Automático: 60000314582

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	21/06/2019	23/07/2019	073.862.374-13

UC (Unidade Consumidora): **4/81458-2**

Canal de contato

- Informamos a não efetuação da leitura por impedimento de acesso a sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Reconfirmamos a necessidade de disponibilizar o acesso ao local de medição. Persistindo o impedimento o faturamento poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art. 171 Res 414 ANEEL). Fique ligado: 5 de junho é dia Mundial do Meio Ambiente, suas ações fazem toda a diferença!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
23/05/19	27798	21/06/19	27914	1	116	28

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc.	Alíq.	ICMS(R\$)	Base Calc. Pis(R\$)	Colm(R\$)	
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Colm(R\$)	(1,045%)	(1,2025%)	
0001	Consumo em kWh	116,000	0,759180	87,94	27	23,74	87,94	0,89	4,09
0601	Adic. B. Amarela			0,65	27	0,17	0,65	0,01	0,03
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIB LUM PUBLICA			10,67	0,00	0	0,00	0,00	0,00

ARVILE CORRETORA

26 JUL. 2019

TEL.. (63) 3321-5930

CCI: Código de Classificação do item TOTAL 20,26 89,59 23,91 88,53 0,90 4,42
Tarifa e Tributos: 0,507390

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
116	16/07/2019	R\$ 99,26

Histórico de Consumo (kWh)

158 | 127 | 120 | 97 | 124 | 0 | 129 | 148 | 137 | 45 | 65 | 64
01/19 02/19 03/19 04/19 05/19 06/19 07/19 08/19 09/19 10/19 11/19 12/19

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **3311066** DATA DE EXPEDIÇÃO **18/03/05**

NOME **SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA**

Severino Barbosa da Silva

FILIAÇÃO **Maria das Graças Sousa da Silva**

Umbuzeiro-PB DATA DE NASCIMENTO **27-09-1988**

Cert.Nas.52364, fls. 271, liv. A/47

DOC ORIGEM **2ª Cart. Campina Grande-PB**

CPF

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 05/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA **P.234**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Suelen Francisca Sousa da Silva

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

073.862.374-13

Nome
SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA

Nascimento
27/09/1988

ARVILE CORRETORA

26 JUL. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190448752 **Cidade:** Umbuzeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 13/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (PÁG.5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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: 3190448752 **Cidade:** Umbuzeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 13/02/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (PÁG.5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254862/19

Vítima: SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA

CPF: 073.862.374-13

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/02/2018

Titular do CPF: SUELEN FRANCISCA
SOUSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA : 073.862.374-13

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: 26/07/2019
Nome: SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA
CPF: 073.862.374-13

SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/07/2019
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO
CPF: 395.237.804-68

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO