

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, 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

SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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)

AGÊNCIA: 2221

CONTA: 00040160

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasцlro (vivasec):

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

teve irmãos?

Vivos: Falecidos:

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

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 - 1º | Nome:

ARIVLE CORRETORA

CPF:

26 JUL. 2019

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

TEL.: (83) 3321-5930

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





AUTO-ATENDIMENTO - AG CAMPINA GRANDE
DATA: 18/12/2018 HORA: 15:56:59
TERMINAL: 00411055 CONTROLE: 004110550470

AGENCIA: 2221 - FIEP
CONTA: 013.00040160-8
CLIENTE: SUELLEN F S DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
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

CONHECA 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 estatais. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2221

CONTA: 00040160

8

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: **ARIVLE CORRETORA**

CPF: _____

26 JUL. 2019

Assinatura da testemunha

TEL.: (83) 3321-5930

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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 PARAÍBA
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

ARIVLF CORRETORA

PPPSil
Paulo Rosenberg R. da Silva
ENFERMEIRO
COREN-PB 518.131

26 JUL. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

CARTÓRIO DA ZONA LESTE
Av. Fernandes Vieira, 482 - José Pinheiro
CAMPINA GRANDE-PB - 5341-8065

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática
é a reprodução fiel do original que me foi exibido.
CAMPINA GRANDE 10/07/2018

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

SUELLEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA
RUA QUERUBINA SALES DE SOUSA, 18 - MALVINAS
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58432-582 (AG: 401)



Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 14 - 401 - 774 - 2640
Medidor: 00000757511

BR 290, KM 158 - 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 03.226.596/0001-96 - Inscrição Estadual 16.603.829-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Befesa - 10004721111
Cód. para Débito Automático: 00000314582

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 do acesso a sua unidade, resultando no faturamento pelo mês. Eventual diferença será corrigida no próximo faturamento. Reafirmamos o compromisso de desimpedir o acesso as leituras de medição. Portanto, tendo o impedimento o fornecimento poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art. 171 Pts. 4º ANEEL).
Fique ligado, 5 de junho é dia Mundial do Meio Ambiente, suas ações fazem toda diferença!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	
23/05/19	27795	21/06/19	27914	
				11

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa(s)/ Tributos Total(R\$)	Valor Base(Calc.)	Alta (Item 48)	Item 49(R\$)	Base (Item 50)	Item 51(R\$)	Calculo(R\$)	
0001	Consumo em kWh	116.000	0,759180	87,94	87,94	27	28,74	87,94	0,89	4,29
0601	Adic. B. Amarela			0,65	0,65	27	0,17	0,65	0,01	0,03
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0607	CONTRIBUÍMOS PARA CONTRIBUIÇÃO		10,67	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

ARIVEL CORRETORA:

26 JUL. 2019

TEL.: (63) 3321-5930

CCI: Código de Classificação do Item - TOTAL: 29,26 - R\$ 99,59 - 23,91 - R\$ 59 - 0,60 - 4,42
Tarifa(s)/Tributos: 0,507350

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

Histórico de Consumo (kWh)

158	137	120	97	124	0	159	148	137	45	65	64
Jun/19	Jul/19	Agosto	Sáb/19	Set/18	Sáb/18	Set/18	Set/18	Set/18	Sáb/18	Sáb/18	Sáb/18



ARIVIL 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

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/02/2018

Titular do CPF: SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SUELEN FRANCISCA SOUSA DA SILVA

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO