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, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190567837 **Vítima: DEVANILDO SANTOS PEREIRA**

Data do Acidente: 05/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEVANILDO SANTOS PEREIRA

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

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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190567837 **Vítima: DEVANILDO SANTOS PEREIRA**

Data do Acidente: 05/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DEVANILDO SANTOS PEREIRA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **DEVANILDO SANTOS PEREIRA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000001033**
Conta: **00000112663-0**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
6ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia do Município do Conde

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL DELEGACIA DE CONDE PARAIBA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00126.01.2019.1.06.110

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):
Tipificação 1: LESÃO POR ACIDENTE DE TRABALHO
Data da Ocorrência: 05/03/2019 **Hora:** 17:00:00
Forma da Comunicação: Verbal
Endereço: Assentamento Dona Antonia, sn, [indeterminado], Conde, PB.
Complemento: Zona Rural
Ponto de referência: Estrada Vicinal

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Devanildo dos Santos Pereira
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Celia dos Santos e Domingos Honorio Pereira
Idade: 54 **Data de Nascimento:** 06/04/1965 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Conde
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Ensino fundamental incompleto **Profissão:** Agricultor
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: RG nº 1403533 SSDS/PB, CPF nº 980.110.144-04
Endereço: Assentamento Dona Antonia, sn, [indeterminado], Conde, PB
Complemento: Zona Rural
Ponto de referência: Próximo Ao Colégio
Telefone: (83) 99401-6788

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE

Exame de Lesão Corporal Leve/grave Nº 2.2019
(1) Devanildo dos Santos Pereira (VITIMA)

HISTÓRICO

Relata a vítima que sofreu acidente de trânsito no dia 05/03/2019, enquanto conduzia seu veiculo automotor: Motocicleta Honda/Pop 110I, ano: 2018/2018, cor: vermelha, placa: OFH5642-PB, chassis: 9C2JB0100JR021071, renavam: 0114402927-6, propriedade: DEVANILDO DOS SANTOS PEREIRA - CPF: 980.110.14404; através de estrada vicinal, no Assentamento Dona Antonia, cidade de Conde-PB, tendo caído, e devido aos ferimentos sofridos foi socorrido ao Complexo Hospitalar Mangabeira "Governador Tarcísio Burity", na cidade de João Pessoa-PB, onde foi submetido a procedimento cirúrgico no membro superior direito, conforme Laudo Médico de Resumo de Alta Hospitalar.

x Devanildo dos Santos Pereira

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Conde/PB, 15 de agosto de 2019.

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA DE CONDE
PARAÍBA

MARCOS PAULO SALES DE CASTRO
Delegado(a) de Polícia Civil

Devanildo dos Santos Pereira
DEVANILDO DOS SANTOS PEREIRA
Noticiante

CLOVIS NAZÁRIO DE OLIVEIRA NETO
Agente de Investigação

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 980.110.144-04

4 - Nome completo da vítima: Devanildo dos Santos Pereira

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Devanildo dos Santos Pereira

6 - CPF: 980.110.144-04

7 - Profissão: Roçuso

8 - Endereço: Assent. Dona Antonia

9 - Número: 510

10 - Complemento:

11 - Bairro: Jacumã

12 - Cidade: Conde

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58322-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD): (83) 98663-4900

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)

AGÊNCIA: 1033 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 112663 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do dedo polegar do 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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

DIA: sorteios de segunda feira a sábado, após

24/ 4/1380/95-2

30/08/2019

CGC: [illegible]

LOCALIDADE : JOÃO PESSOA

AG. VINCULADAS: 3013

CONTROLE: [illegible]

CONTRATANTE: [illegible] DE POUP CAIXA [illegible]

NOME: DEVANILDO SANTOS PEREIRA

AGENCIA: 3013

VERIFICAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000 000 112 663-0

DATA DA ABERTURA: 30/08/2019

LOTERIAS CAIXA

24/ 4/1380/95-2

2ª VIA

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 OUT. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCISIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 1214/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº210576 e Prontuário N° 2019.03.000488 pertencentes **DEVANILDO DOS SANTOS PEREIRA** que foi atendido dia 05/03/2019 às 18H30min, vitima de queda de moto, apresentando trauma em ombro e punho direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do rádio direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/03/2019 com alta médica dia 14/03/2019.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de julho de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Medico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância á Saúde
CRM/PB 3883

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEVANILDO SANTOS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000112663-0

Nr. da Autenticação 84FA09D12458CEB6

DEVANILDO DOS SANTOS E PERE RA

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	17/06/2019	18/07/2019	

UC (Unidade Consumidora): 5/1020098-8

Canal de contato

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias

Demonstrativo

Descrição			

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO 26/06/2019

TOTAL A PAGAR R$ 25,12

Histórico de Consumo (kWh)

7ec3 1a98 7725 33c8 d1a7 7b8b e5cf 3af3

Indicadores de Qualidade

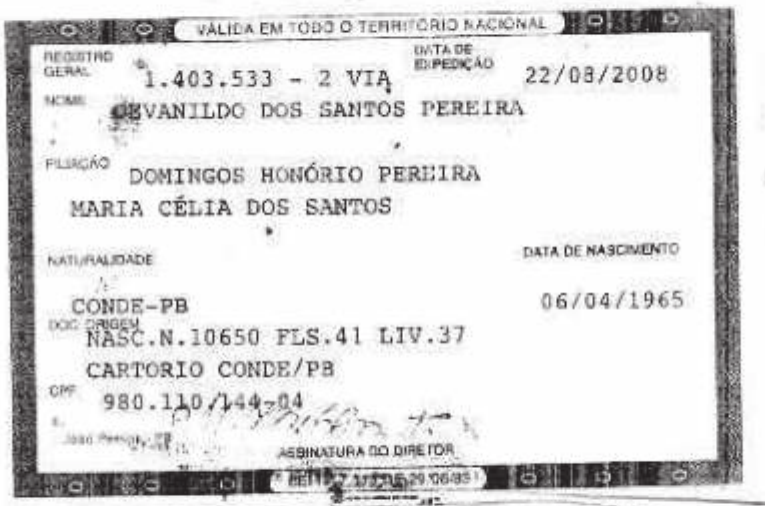
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)

Descrição		
Total		

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Mai/19 76,59



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.403.533 - 2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/08/2008

NOME EVANILDO DOS SANTOS PEREIRA

FILIAÇÃO DOMINGOS HONÓRIO PEREIRA
MARIA CÉLIA DOS SANTOS

NATURALIDADE CONDE-PB

DATA DE NASCIMENTO 06/04/1965

DOC ORIGEM NASC.N.10650 FLS.41 LIV.37
CARTORIO CONDE/PB

CPF 980.110.144-04

ASSINATURA DO DIRETOR

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB Nº 013813903175
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

LACRE 0046058515

VIA	COD. RENAVAM	EXERCICIO
1	01144D2902 6 00/00000000	2018

NOME
DEVANILDO DOS SANTOS PEREIRA

	PLACA
98011014404	OFH5642/PB

PLACA ANT/UF	CHASSI
NOVO PB	9C2JB0100JR021071

ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/POP 110I	2018	2018

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/109 /CI	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC COTA ÚNICA	VENC/COTAS
IPVA PAGO EM	00/00/0000	1ª
		2ª
		3ª

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS
*******	0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
********	SEGURO	P A G O	21/02/2018

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
0

LOCAL	DATA
CONDE-PB	22/02/2018

999999 7003781

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO (SEGURO DPVAT)

PB Nº 013813903175 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	22/02/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	98011014404	OFH5642/PB

RENAVAM	MARCA / MODELO
01144029276	HONDA/POP 110I

ANO FAB	CATAR	Nº CHASSI
2018	9	9C2JB0100JR021071

PRÊMIO TARIFÁRIO

TNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$)
******	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	21/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

7003781-1452201-20180222

DEZ/2017

COMPREV PREVIDENCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DETRAN-PB Departamento Estadual de Transito da Paraíba

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS **Usuário**

Nome:	CPF/CNPJ	NossoNúmero:
DEVANILDO DOS SANTOS PEREIRA	**98011014404**	**0**

Placa	Chassi	Código Renavan	Data Vencimento	Data Emissão	Valor Documento
OFH5642	**9C2JB0100JR021071**	**1144029276**	**31/08/2019**	**21/08/2019 11:45:51**	**0,00**

Discriminação dos Débitos: Multas:

Na Estrada da vida, nao de carona para a dengue nem para a zika.

21/08/2019 11:45:51

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567837 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: DEVANILDO SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 05/03/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P6 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344963/19

Vítima: DEVANILDO SANTOS PEREIRA

Data do acidente: 05/03/2019

CPF: 980.110.144-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DEVANILDO SANTOS PEREIRA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DEVANILDO SANTOS PEREIRA : 980.110.144-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 04/10/2019 Nome: DEVANILDO SANTOS PEREIRA CPF: 980.110.144-04	Data do cadastramento: 04/10/2019 Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO CPF: 114.261.744-03
DEVANILDO SANTOS PEREIRA	LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO