

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 Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200167386

Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERICKA CASSIMIRO 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

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, 08 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200167386

Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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



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, 09 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200167386

Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



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, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200167386

Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



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, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200167386

Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois os entregues não permitem a leitura das informações.
---------------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



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 Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200167386 **Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA**

Data do Acidente: 17/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ERICKA CASSIMIRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001911**

Conta: **0000054846-1**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

046.451.344-85

Nome completo da vítima:

ELENICE CASSANIO DA SILVA

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

Nome completo:

ELENICE CASSANIO DA SILVA

CPF:

046.451.344-85

Profissão:

DEZINTEGRADA

Endereço:

LTA 30M TOR 5

Número:

293

Complemento:

05A

Bairro:

SEGI

Cidade:

BAYEUX

Estado:

PB

CEP:

58.306-060

E-mail:

Tel.(DDD):

(83)99811-5088

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

1911

CONTA:

54846

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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 as 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (nai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: 05/05/2020

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

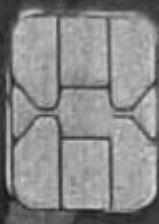
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPP.001 V001/2018

CAIXA

POUPANÇA



4392 6718 5665 1332

ERICKA CASSEMIRO DA SILVA

1911 013 00054846-1

10/24

VISA

Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 018300.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 018300.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na integra: às 18:21 min do dia 01/05/2020, na Delegacia Online, **Ericka Cassemiro da Silva**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Desempregada, nascido(a) em 20/01/1984, idade 36, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de Luciene Cassemiro da Silva e Antonio José da Silva Filho, CPF 046.451.344-85, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Bom Jesus, nº 243, bairro Sesi, na cidade de Bayeux/PB. CEP: 58306060, telefone(s) (83) 9 8790-0691, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 17/02/2020 23:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Rua Diogenes Chianca, SESI, Bayeux/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

A NOTIFICANTE, noticiou que sofreu uma queda de moto, no dia: 17/02/2020 às 23:00 horas, no endereço acima mencionado, onde ela se encontrava na GARUPA da moto HONDA/CG 160 FAN, ANO/MOD: 2018/2019, COR: VERMELHA, PLACA: OGAS221/PB, CHASSI: 9C2KC2200KR103391, DE PROPRIEDADE: TARCISIO CUSTODIO DE LIMA, CPF: 540.008.587-34. A mesma relata que estava na garupa da referida moto conduzida por ESTENILDO DOS SANTOS LIMA, CPF: 012.509.274-12, de onde iriam comprar lanches e ao se aproximar da Tambay Motors, quando o condutor foi passar por uma lombada ela se desequilibrou e caiu ao SOLO, com isso o condutor da referida moto junto com moradores vizinhos prestaram atendimentos e acionaram o CORPO DE BOMBEIROS, que ao chegar ao local encaminhou a vítima direto para o COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA (TRAUMINHA), dando entrada nesta unidade por volta de 01:00 hora da madrugada do dia: 18/02/2020 e que foi atendida por médicos de plantão e após passar por exames foi DIAGNOSTICADA: FRATURA EXPOSTA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO, com isso foi direcionada direto para o bloco cirúrgico por onde passou por procedimentos e vindo a receber alta no dia: 07/03/2020.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Ericka Cassemiro

Ericka Cassemiro da Silva

da

2D6283313B057398FB4AAFCBAD3AF70

Código de Controle

Silva



ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AGL:

CPF da vítima:

046.451.344-85

Nome completo da vítima:

ELENICE CASENUVO DA SILVA

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

Nome completo:

ELENICE CASENUVO DA SILVA

CPF:

046.451.344-85

Profissão:

DEZINTEGRADA

Endereço:

LTA 1001 1005

Número:

293

Complemento:

05A

Bairro:

JESI

Cidade:

24 Y 30 X

Estado:

PB

CEP:

58.306-060

E-mail:

TEL/DDD:

(83) 99811-5088

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR. | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

1911

CONTA:

54846

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário declarante

Local e Data: *1.º fez 05/05/2020*

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

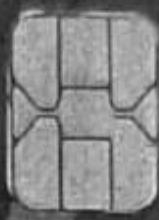
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

CAIXA

POUPANÇA



4392 6718 5665 1332

ERICKA CASSEMIRO DA SILVA

1911 013 0005 4846-1

10/24

VISA

Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

HOSPITAL
MANGABEIRA

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Enfermo Coronário que se recupera

12/02/2020

09:30/2020

1º dia de alta

2020

3 meses

Pne

Na exangue de 2º dia paciente pulso tenuo

SIM

NÃO

EXALO MATEUS

SIM

NÃO

MILITAR

TREMOSS

A PERÍODO

TRURADO

ÓBITO

Pd. reintroduzir o seu regime de dia
de reposo de casa final

Beba água abundante

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA

Ligeira

REPOSO

Reposo completo

30

30

40

DEIXAR LIVRE A FOLHA OPERATORIA

Até 10 dias após a alta é feita revisão por dia. No entanto, caso impossibilidade ou "Obstrução" no final, pode-se

MEDICAÇÕES PARA CASA

RETORNO

Às 10h00 da manhã

Av. Antônio Carlos

Ribeirão Preto

para realização de pesquisas

Medidas para evitá-las

15 dias

02/03/2020

DR. JOSÉ A. R. RIBEIRO
ADM. MEDICO - CRISTALINA

Este documento designa-se a comprovação de atendimento hospitalar
Para DMS, MDS, ESTRELAS, FAMULAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO E DA JUSTIÇA, FONTE, FABRICA

ANEXO DE DOCUMENTO DE ATENDIMENTO

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: 18/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 00000054846-1

Nr. da Autenticação 45BB4276E0953D0F

EVANILDO DO NASCIMENTO FERREIRA
RUA BOM JESUS, 243 - SESI
BAYEUX / PB CEP: 58906060 (AG. 1)

Ligacao: MONOFASICO
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 3-8-121-5000
Medidor: 00006361643

Referencia: Jan/2020
Emissao: 08/01/2020

EEGIAABA-DIBDADDEEGIA/4
B230 K25-C1 EDE-JEA/B-CE5307'500
CJ09095183/000140 ICE 16015 22-0
AFICA/ICADEEGLAE/ICA 006 324 283
Cód. para Déb. Automático: 00002864973

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

Apresentação

Data prevista da
proxima leitura

CPF/CNPJ/RAM

Jan / 2020 08/01/2020

05/02/2020

365.050.994-68

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/286427-3

Canal de contato:

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Aproveite o 13º e regularize suas contas em atraso. Podemos negociar para você começar o ano novo numa boa!

enerGISA

HOSPITAL
MANGABEIRA

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Enfermo Coronário que se recupera

12/02/2020

09:30/2020

1º dia de alta

2020

3 meses

Pne

Na exangue de 2º dia paciente pulso tenuo

SIM

NÃO

EXALO MATEUS

SIM

NÃO

MILITAR

TREMOSS

A PERÍODO

TRURADO

ÓBITO

Pd. reintroduzir o seu regime de dia
de reposo de casa final

Beba água abundante

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA

Ligeira

REPOSO

Reposo

30

30

40

Reintroduzir gradualmente sua rotina de vida

60

30 dias

DEIXAR CINTA E TECIDO OPERATORIA

de uso que é feita para uso por dia. No entanto, não é recomendável os "fornecidos" no hospital, não se recomenda que seja usado com complexo hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA

RETORNO

ao ponto deixado em

do Ambulatório de

Dr. Tomás Lobo

para realizada de pontos

medidas para evitá-las

15 dias

02/03/2020

DR. TOMÁS L. LOBO
AMBULATÓRIO CLINICO

Este documento designa-se a autorização de encerramento hospitalar
para DMS, MDS, ESTRELAS, FOGO AS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO E DA JUSTIÇA, Poder Executivo

ANEXO DE DOCUMENTOS



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Eduardo Corrêa da Silveira</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>07/03/2010</i>	Cirurgião: <i>Vinícius Temistocles Filho</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ex: esparta de pilão fibroso (E)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Tto cirúrgico de li esparta de pilão fibroso (E)</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (x) Não		Descreva: <i>Temistocles de A. R. Filho</i> ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-PB: 7618 TEOT: 15747 / RQE: 5245	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (x) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Sit em decubito dorsal
Incisivo = anteroposterior
Ligaduras de comissura anteróerior

Incisão:

Achados:

Conduta:

Data: 02/25/2020

Transcrições feitas à mão
não foram digitadas
ou não foram lidas

MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Eduardo L. Britto</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>ROBERTO H. MANGABEIRA</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fistula aguda pelo fêmur (E)</i>		CID

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>O menor</i>		CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>Limpagem e anastomose de ferida</i>		CÓDIGO

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 (x) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 (x) Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 (x) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Assento MCE

Incisão:

Entrada lateral para levantar
músculos para dissecar (E)

Achados:

Linfodo mastíco 10 litros 850%

extenso pelo + escrito

Teto suprassistolico

Conduta:

Dissecamento seu subsequente

Fechamento:

OBS:

Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Serviços Sociais
PARAÍBA

Governo do Estado

Receituário

Paciente: ERICKA CASSEMIRO DA SILVA

Idade: 36

Data: 17/02/2020 00:21:26

Sexo Feminino

CPF:Não Informado

BAE:1223479

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM TRAUMA EM Perna ESQUERDA.
APRESENTA EXPOSIÇÃO PUNTIFORME EM TERÇO DISTAL DE Perna ESQUERDA;
RXS DE Perna ESQ.: FRATURA DE PILÃO TIBIAL.
CD: PRESCREVO IMOBILIZAÇÃO; CEFALOTINA, 2G, AGORA. ANALGÉSICOS.
CONFORME PACTUAÇÃO ENTRE ORTOTRAUMA E HOSPITAL DE TRAUMA, ENCAMINHO
PACIENTE APÓS LIBERAÇÃO DE DEMAIS CLÍNICAS.

Stefferson Pinheiro Diniz
Traumatologista
CRM-PB 5762

Dr. STEFFERSON PINHEIRO DINIZ

5762/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Jrestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Santa
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CHES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ERICKA CASSEMIRO DA SILVA	1223479	16/02/2020 22:42:12	
Data de nascimento	Idade	Sexo:	Telefone de Contato
20/01/1984	36a 28d	Feminino	(83) 987900690
Mãe	Bairro	Município	Prontuário
LUCIENE CASSEMIRO DA SILVA	SESI	BAYEUX	
Endereço	Motivo	Profissional	UF
BOM JESUS, 234	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JOSE RAMALHO DA SILVA NETO	PB
Acidente		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS		17/02/2020 00:45:19	77703/PB
Data/Hora Classificação			
16/02/2020 22:42:12			

ANAMNESE

NEUROCIRURGIA # # # TCÉ LEVE VÍTIMA DE ACIDENTEMOTOCICLÍSTICO, NEGA CERVICALGIA, CEFALÉIA DE LEVE INTENSIDADE. APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADA, COLABORATIVA, GLASGOW 15. DIAGNOSTICADA FRATURA EM MIE, ENCAMINHADA PARA TRAUMINHA PELA ORTOPEDIA. CONSCIENTE, ORIENTADA, COLABORATIVA, GLASGOW 15 ISOCÓRICA, RFM +, MOBILIZANDO MEMBROS. # TAC DE CRÂNIO # - SEM LESÕES AGUDAS INTRACRANIANAS # CONDUTA # ALTA DA NEUROCIRURGIA AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

Enfermeiro


JOSE RAMALHO DA SILVA NETO
(CRM: 77703/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 16/02/2020 22:42:12



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERALDATA DE
EXPEDIÇÃO

NOME

Antônio José da Silva Filho

Luciene Cassemiro da Silva

Belo Jardim-PB.

MATERIALIDADE

20.01.1984

DATA DE NASCIMENTO

Cert. de Nasç. 23.915.Fls.130.Liv.
n.º Ano 22.

OPC

Jônio Pessas - PB

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.166/83BRASIL
LIVRE
DA PÁTRIA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

046.451.344-85

ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Nascimento

20/01/1984



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200167386 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA **Data do acidente:** 17/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P2 P4 P5 P7)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADO DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200167386

Data da solicitação: 05/05/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: ELICKA CADDE ALTO DA S. LIMA

CPF do beneficiário: 046.451.344-85

Nome do solicitante: O MESSIAS

CPF do solicitante: 0 00000000000

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99811-5088

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

[DESCRIVER]

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO ATRAVÉS DESTA SOLICITAÇÃO AVISAR O SETOR NEUROLOGIA DO MEU PESSOAL (PROFESSOR), POIS DEVIDO A ESTA PANDEMIA NOS TEMOS CONDIÇÕES DE SOLICITAR A CERTIDÃO +, NO INÍCIO MEDICO, PORÉM O RH DO HOSPITAL ESTÁ FECHADO SEM PREVISÃO DE ASSENTO E JÁ ENCONTRAMOS O LAUDO NEGATIVO DE ALTA, ONDE CONSTA TODAS AS INFORMAÇÕES SOBRE O MEU PROBLEMA E A MINHA ENTRADA NO HOSPITAL, DE ONDE ESTOU ME SENTINDO PRENDIDO, COM TAL TAL SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS, DE ONDE NÃO PEGUEI NADA DIFERENTE DO QUE JÁ ENVIAI E ALÉM DO MAIS DESEM PREGADA.

2020, 04/06/2020

Local e Data

Ellicka Cadde Alto da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130528/20

Vítima: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

CPF: 046.451.344-85

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/02/2020

Titular do CPF: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ERICKA CASSIMIRO DA SILVA : 046.451.344-85

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

Data da apresentação: 06/05/2020
Nome: ERICKA CASSIMIRO DA SILVA
CPF: 046.451.344-85

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ERICKA CASSIMIRO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO