
Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200233729

Vítima: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Data do Acidente: 10/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELPIDIO HERCULANO 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

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200233729

Vítima: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Data do Acidente: 10/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELPIDIO HERCULANO 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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000004917

Conta: 000006307-8

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



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200233729

Vítima: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Data do Acidente: 10/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200233729

Vítima: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Data do Acidente: 10/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 03/09/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200233729

Nome do(a) Examinado(a): ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA VICENCIA RODRIGUES DE VASCONCELOS, 206, , São Bento/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / Não Informado

Data e local do acidente: 10/12/2019 - São Bento/PB

Data e local do exame: 03/09/2020 - Campina Grande/PB

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta dos ossos da perna direita

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento cirúrgico, Osteossíntese com placa mais parafusos.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Exame físico sem alterações.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Não

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

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Fratura consolidada, sem limitações.

Dr. Valth Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.654 / CRM-PB 6326
TEOT 15.090
CIRURGIA DO JOELHO

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: 393.569.404-15 4 - Nome completo da vítima: Elpidio Barcelana 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: Elpidio Barcelana da Silva

7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: R. Viancia Rodrigues de Vasconcelos 9 - Número: 206 10 - Complemento:

11 - Bairro: João Vilegano 12 - Cidade: São Bento 13 - Estado: RB 14 - CEP: 58.865-000

15 - e-mail: 16 - Tel (DDD): 83-99930-8312

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. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1917 CONTA: 6307 8 AGÊNCIA: CONTA:

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 (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 omissa, 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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Bento - RB, 29 de julho de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 355/2020

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **10/12/2019** hora: **04:00 HRS**

Notificante: _____, alcunha " _____", Nacionalidade: _____,
naturalidade: _____, nascido em ____/____/____, documento: _____,
filho(a) de _____ e de _____, endereço: ***** , referência: _____.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(ª): **EDMILSON DOS SANTOS A. NETO**

Vítima: **ELPIDIO HERCULANO DA SILVA**, alcunha " _____", Nacionalidade: _____,
brasileira, naturalidade: **Paulista-PB**, idade: **58 anos**, nascido em
06/09/1960, cor/raça: *********, Estado Civil: **Viúvo**, Profissão: _____,
agricultor, Escolaridade: **alfabetizado**, documento: **CPF**
343.569.404-15, filiação: **Elviro Manoel Herculano e de Eliza Maria**
da Conceição, endereço: **Rua Vicencia Rodrigues de Vasconcelos, 206,**
João Olegário, São Bento-PB, referência: _____ . Tel/Cel: **(83) 99838-**
8840;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que comparece para informar que na data de **10/12/2020** por volta das **04:00 hrs** conduzia a moto **Honda Biz 125 ES, 2006/2006**, prata, chassi **9C2JA04206R825222**, placa **MNG-8222** licenciada e de propriedade de **Francisca Sueli de Sousa Ramalho**; Que trafegava pela **Av. Pedro Eulámpio** entre os postos de combustíveis, **Vieira e Dois Irmãos**, quando colidiu na traseira do caminhão de coleta de lixo que estava estacionado; Que em consequência do acidente sofreu uma fratura na perna direita; Que recebeu os primeiros atendimentos no hospital de **São Bento-PB** e em seguida encaminhado para o hospital de regional de trauma de **Patos-PB** onde foi submetido a cirurgia. Nada mais a consignar.

São Bento-PB, 30 de junho de 2020. Às 09:29 horas.

Elpidio Herculano da Silva

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: **168.203-2**

POLEGAR DIREITO

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: 393.569.404-15 4 - Nome completo da vítima: Elpidio Barcelano 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: Elpidio Barcelano da Silva 6 - CPF: 393.569.404-15
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: R. Viança Rodrigues de Vasconcelos 9 - Número: 206 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: João Alegrino 12 - Cidade: João Pente 13 - Estado: RS 14 - CEP: 98.865-000
15 - e-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 51-99930-8312

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1917 CONTA: 6307 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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: _____ 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 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: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: João Pente - RS, 29 de julho de 2020.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 10/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:


CLIENTE: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04917





CONTA: 000000006307-8

Nr. da Autenticação F15D5E3B415EEAE3



 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1455799-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00014557995

 VALOR DA FATURA R\$ 15,51	 VENCIMENTO: 21/06/2020
 REFERÊNCIA Mai / 2020	 CONSUMO 52kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

1,73 kWh
MÉDIA DIÁRIA
 LEITURA
 CONFIRMADA

DESCRIPTIVO								
COD	Descrição	Quant.	Taxa de Tributos	Total Base Calc. (R\$)	Alíq. KMS KMS (R\$)	KMS Base Calc. (R\$)	PIS/PJF(064%) (R\$)	Cofre(PS) Cofre(PS) (R\$)
0001	Consumo ale 2000W-BH	20	0,000000	0,00	0,00	0	0,00	-0,00 -0,00
0001	Consumo 21 x 1000W-BH	22	0,000000	0,00	0,00	0	0,00	-0,00 -0,00
0010	Subtotal			28,73	0,00	0	0,00	0,21 1,43
0007	LANÇAMENTO CUST SERV OS			5,30	0,00	0	0,00	0,00 0,00
0007	CONTRIB UNIPUELA			7,72	0,00	0	0,00	0,00 0,00
0009	DEBITO COMTEGADOR(10%)			28,90	0,00	0	0,00	0,00 0,00
0006	Devolução Subtotal							

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	15,51	0,00	0,00	29,73	0,31	1,43
Taxa s/ Tributos	Alíq 20,00%	0,000000	Alíq 100,00%	0,000000			

RESERVADO AO FISCO 3d7c.c4b2.ca86.ac76.94a1.a763.4a05.c77d

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Mar19	150
Jun19	111
Jul19	156
Ago19	122
Set19	128
Out19	129
Nov19	154
Dez19	101
Jan20	2
Fev20	0
Mar20	1
Abr20	0
Mai20	99

LEITURAS

Anterior: 27/04/20 27166

Atual: 27/05/20 27807

Consumo: 641 kWh

Período: 30 dias

Constante do medidor: 1

PRÓXIMA LEITURA

25/06/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Uso do Sistema de Distribuição	0,00	0,00
Consumo de Energia	0,00	0,00
Serviço de Transmissão	0,00	0,00
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Impostos Diretos e Encargos	7,73	49,84
Outros Serviços	7,78	50,16
Total	15,51	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 3/2020) R\$3,06

INDICADORES DE QUALIDADE		REFERENCIAL ANUAL (MILHAR DE KW/h)		LIMITE DE TENSÃO (V)	
	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	NOMINAL
META	5,55	0,00	11,10	22,21	220
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	3,90	0,00	8,60	13,20	CONTRATADA
Vezeis que o cliente ficou sem energia - FIC	3,20				LIMITE INFERIOR - 202
Duração da maior interrupção de energia no período - DMID	12,22				LIMITE SUPERIOR - 231
Duração da interrupção atendida em caso crítico - DICRI					

ATENÇÃO

ATENÇÃO

Declaração de Quitação Anual de Débitos: Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2019 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

Declaração emitida de acordo com a Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

- Sua unidade foi listada como Blau Perla, tendo um desconto de R\$26,89
- Leitura confirmada



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2613349 CNPJ: 09.089.709/0001-18 Fichas Número: 263782

NOME: HOSPITAL MARIA PAULO LUCIO

ENDEREÇO: FLORENCIO CANDIDO RAMALHO, 368 CENTRO CEP 58.865-000

CIDADE: SAO BENTO ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE MOTO

Paciente: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Mae: ELISA MARIA DA CONCEICAO

Nascimento: 06/09/1960 Idade: 59 Cor: PARDA

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco: SEVERINO SATURNINO DOS SANTOS

Bairro: LOTEAMENTO PORTAL

Cidade: SAO BENTO - PB - 58865-000 - 2513901

CNS: 700-5007-0344-1353 Identidade: 432987 SSP/RO

CPF: Reg. Nasc.: Recepcionista: WILLANY

Data / Hora: 10/12/2019 04:04:40

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRICAO DO EXAME

DIAGNOSTICO *fratura - fêmur*

Caracterização Atendimento

Cid.

NATUREZA DA CONSULTA

☐ Consulta simples
☐ Consulta com medicamento
☐ Consulta com observação
☐ Consulta ortopédica

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ Urgência/Emergência (com Proc.)
☐ Primeira consulta
☐ Consulta Subsequente
☐ Urg/Emerg. c/ referencia p/ outra unidade
☐ Consulta c/ referencia p/ outra unidade

MEDICACAO

☐ Prescrita
☐ Aplicada

ENCAMINHAMENTO

☐ P/ Observação
☐ P/ Residência
☐ P/ Amb. SUS
☐ P/ outro Hospital
☐ Internação
☐ Outro

Procedimento

Serviços REALIZADOS

CBO

ID/DE

REALIZADOS NA UNIDADE

Serviços Auxiliares - Diag. / Terapia

SOLICITADOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

HORÁRIO

Assinatura do(e) Profissional(s) Assistente(s) - Carimbo

Dr. Antonio Rogério de L. Paiva
Médico
CRM/PB 44.28 Rm 1473
CNS 70503131062766

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável

POLEGAR DIREITO

A cargo do SUS

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

ENCAMINHAMENTO

59 anos

Encaminho o Paciente

Elpidio Hercules OLIVEIRA

Residente na (o)

Quilombo Saturnino dos Santos / Casteamento Portal

Município de

St. Bento - PB

Para o (a)

Hospital Regional

Na cidade de

Patos

MOTIVO

paciente vítima de colúmbio proct. com
surgimento de proct. proct. de T. B.
e febre. Jodo de B. B. B. e
condição de colúmbio em B. B. B.

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria da Saúde de São Bento-PB

Atenciosamente,

São Bento -PB, em

10/12/18

Dr. Antonio Rogério de L. P. Silva
Médico
CRM-PB 8428 RN 7473
CNS 700803131802768

NOME: ELPÍDIO HERCULANO DA SILVA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE CAUSADO POR MOTOCICLETA NA CIDADE DE SÃO BENTO – PB NO DIA 10/12/2019. APRESENTAVA DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO. FOI ATENDIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE PATOS, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA DCP 4.5 mm E PARAFUSOS CORTICAIS. NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE DE ALTA ORTOPÉDICA.

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA CICATRIZ DE 30 (TRINTA) CENTÍMETROS EM FACE ANTERIOR DA PERNA, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE 2,5 CENTÍMETROS, DEFICIT DE FORÇA FORÇA EXTENSORA DO JOELHO E TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40° E DA EXTENSÃO EM 10°, APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE MODERADA.

APRESENTA UM COMPROMETIMENTO MODERADO DA FUNÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO (50%)

SÃO BENTO – PB 14/08/2020

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - C.R.C. - PE 24411
TEOT 14130



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200233729 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA **Data do acidente:** 10/12/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR 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 inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

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:

3200233729

Data da solicitação:

19/08/2020

Nome do beneficiário:

Elpidio Merculano da Silva

CPF do beneficiário:

343.569.904-15

Nome do solicitante:

Elpidio Merculano da Silva

CPF do solicitante:

343.569.904-15

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 9-9930-8312

DDD

Tel. Comercial: ()

DDD

Tel. Residencial: ()

DDD

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:

(DESCREVER)

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

Venho por meio deste solicitar a reanálise do meu pedido, haja vista que em decorrência do acidente sofreu fratura do osso da minha perna direita. Fui submetido a tratamento cirúrgico com a colocação de placa e parafusos. Conforme laudo médico do ortopedista em anexo apresenta comprometimento de 50% do membro inferior direito por isso recebi a quantia referente a 50% razão pela qual faço jus ao pagamento contido da indenização.

Das Fintas - RB, 19 de agosto de 2020.

Local e Data

Elpidio Merculano da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido da vítima

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 escrever pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200233729

Cidade: São Bento

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Data do acidente: 10/12/2019

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta dos ossos da perna direita

Descrição do exame físico: Exame físico sem alterações.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, fisioterapia. Vítima evolui com mobilidade preservada.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 03/09/2020

Conduta mantida: Sim

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200233729 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA **Data do acidente:** 10/12/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta dos ossos da perna direita

Descrição do exame físico: Exame físico sem alterações.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, fisioterapia. Vítima evolui com mobilidade preservada.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 03/09/2020

Conduta mantida: Sim

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200233729 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA **Data do acidente:** 10/12/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200233729 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA **Data do acidente:** 10/12/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR 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 inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200233729 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA **Data do acidente:** 10/12/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: LAUDO MÉDICO NA PÁG.1 INDICA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM 50%

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 médio - 40 %	28%	R\$ 3.780,00
Total			28 %	R\$ 3.780,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182879/20

Número do Sinistro: 3200233729

Vítima: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

CPF: 343.569.404-15

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 20/08/2020
Nome: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA
CPF: 343.569.404-15

ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA