

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, 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



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, 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, 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



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, 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



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, 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"

() "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 Meuezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.551 / CRM-PB 6326
TEOT 15.4790
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:

393.569.909-15

4 - Nome completo da vítima:

Elpidio Baculano da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

R. Vicenca Rodrigues de Vasconcelos

5 - CPF:

393.569.909-15

9 - Número:

206

10 - Complemento:

RB

11 - Endereço:

João Viegas

12 - Cidade:

Olaria

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

28.865-000

15 - Email:

83-99930-8312

16 - Tel. (DDD):

83

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1917

CONTA: 6307 8

(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.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deu à ^{nasc} nasceu(s)?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deu à ^{nasc} pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
--------------------------	--	--	---	--	--	--------------------------	--	--	---	--	--

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

Das Rento - RJ, 29 de julho de 2020.

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Elpidio Baculano da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Elpidio Baculano da Silva

TESTEMUNHAS

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
18ª Delegacia Seccional Catolé do Rocha-PB
Delegacia de São Bento
Fone (83)3444-2804
Disque denúncia 197



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA



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

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL
18 DSCPC
SÃO BENTO-PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 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;

HISTÓRICO 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 Eulálio 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.

Epidio Herculano da Silva

Notificante

Testemunha Arrogada

P.T.

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

PESSOAS DEPREITAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
		393.569.909-15	Elpidio Baculano da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:		Elpidio Baculano da Silva		6 - CPF:
7 - Profissão: agricultor		8 - Endereço: R. Vicenca Rodrigues de Vasconcelos		9 - Número: 206
11 - Bairro: João Viegas		12 - Cidade: Olinda		10 - Complemento: RB
15 - E-mail:				16 - Tel. (DDD): 83 - 9930-8312
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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
<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)				
AGÊNCIA: 1917		CONTA: 6307 8		
(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.				
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):				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 avaliação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos?		29 - Se tinha filhos, Informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasctro/vai nascer?	31 - Vítima teve irmãos?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido		
		36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido				
40 - Local e Data,		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		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: 00000006307-8

Nr. da Autenticação F15D5E3B415EEAE3

MARIA ROSILDA BATISTA DA SILVA
RUA VILA ENLAZOLARNA S/Nº VASC. LIMA EUS. 286/CS - JUNDIAÍ/SP
SAO BENTO (SP) CEP: 58850000 (AG: 237)



CPFCNPJ/RAM: 098 385 754-28

Endereço: Rua Vila Enlazolarna S/Nº Vasc. Lima Eus. 286/CS - JUNDIAÍ/SP
Bairro: RES. MTC 01 / Subclasse: BARREIRENHA
Logradouro: MONOFASICO
Número: 18-237 165-6560 NP/Medida: 000007995-10

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 <small>1,73 kWh MÉDIA DIÁRIA LEITURA CONFIRMADA</small>
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

DESCRITIVO							
CCI	Descrição	Quant.	Tarifa/C Unidades	Valor Base Calc. (R\$)	Alm. (R\$)	KMS Base Calc. (R\$)	PIS/IR/Coafet(R\$) PIS/COFINS 10,65% 4,9650%
0001	Consumo de energia-EIR	20	0,000000	0,00	0,00	0,00	-0,00 -0,00
0001	Consumo 21 a 100kWh-BIR	22	0,000000	0,00	0,00	0,00	-0,00 -0,00
0610	Subsídio		28,73	0,00	0,00	28,73	0,31 1,43
0610	LAMPEAMENTO E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUÍMPUEKA		5,99	0,00	0 0,00	0,00	0,00 0,00
0809	DÉBITO LAMPEAGADO-04000		7,73	0,00	0 0,00	0,00	0,00 0,00
0906	Devolução Subsídio		28,56	0,00	0 0,00	0,00	0,00 0,00

CCO Código de Classificação do Item TOTAL 15,51 0,00 0,00 28,73 0,31 1,43
Tarifa e/ou Tributos AM 30kWh 0,000000 AM 100kWh 0,000000

RESERVADO AO FISCO 3d7c.c4b2.ca86.ac75 94a1.a6f3.4a05.c7fd

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mai19	150			
Jun19	121			
Jul19	125			
Ago19	122	Anterior: 27/04/20 27765		
Sep19	128	Abast: 27/05/20 27807		
Out19	129			
Nov19	154	Consumo 52kWh		
Dez19	101	Período 30 dias		
Jan20	2	Constante do medidor 1		
Fev20	0			
Mar20	1			
Abri20	0			
Mai20	99	PROXIMA LEITURA: 25/06/2020		

*Faturamento pela medição automática

INDICADORES DE QUALIDADE		PESQUISA DA QUALIDADE		
META		MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	5,55	0,00	11,10	22,21
Vezes que o cliente ficou sem energia - FIC	3,20	0,00	6,60	13,20
Duração da maior interrupção de energia no período - DMQ	3,20			
Duração da interrupção individual em dia crítico - DICR	12,22			
				LIMITE DE TENSÃO (V)
				NOMINAL 220
				CONTRATADA
				LIMITE INFERIOR - 202
				LIMITE SUPERIOR - 231

ATENÇÃO

Declaração de Outorga Anual de Débitos - Conforme previsto na Lei 12.007 de 20 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 quatro (4) leituras dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fixada pela Lei nº 10.439, de 26 de abril de 2002.
- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa On e WhatsApp (83) 88135-5540

- Sua unidade foi faturada como Black Friday, tendo um desconto de R\$26,89

- Leitura confirmada

SAC

Ativ: Transporte Piso Cadeira Arrependo

C.G.

Med: Atordoado Não sentindo

SENSEIMENSOS

Ativ: Sustento Cane Cadeira Osteóite Rigidez Dorsal

DIAGNÓSTICO-ORIENTADO

Atividade: Histeria vaginal Início _____ certezas Trabalho de parto Outras: _____

MAGISTÉRIOS E PROCEDIMENTOS

INTERVENÇÕES

Intervenção via artes: Injeção intramuscular / enxaguado Cirurgia ortopédica Osteotomia Ventilação mecânica (máscara - "MAMU")

Medic: Injeção de oxigênio (O₂) Cromoglicato Antagonista atípico Desfibrilação / cardioversão Controle de hemorragia

Ativ: Pendura venosa Sonda gástrica Sonda vesical Sedação Inabilitação de membros Outra cervical Tala / tração

Inquerir: Outras: _____

INTERVENÇÕES

ERAPÓTICA / INTERVENÇÕES (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

5 F 0,9%

VOCABULÁRIO / INTERCORRÊNCIAS

P.c.: Consc. Gu't., - 55 ANOS fêmea, com quadro intocado de
insuficiência renal e VD 5 F 0,9% e encaminhado para
Internar para levar vigilância no DIA-00.

MOVIMENTAMENTO

Ativ: Apoio standiano Recup e standiano Ótico no local Ótico durante o standiano Ótico durante o transporte

ACESSO DE TRANSPORTE

Atividade: Pendura intrad Pendura venosa Sonda Elevação da extremidade (osteóite)

SERVIÇO DE SAÚDE

Ident:

: _____

RG: _____

ATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

TO: _____

CRM: _____

HNT: _____

PERIOD: Jail M. Souza -

CRM: 111111111111111111

HNT: 372507

CO-DISCIPLINARIA: _____

CRM: 000000000000000000

HNT: _____

UNI: União

CRM: 000000000000000000

HNT: _____



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

CNES: 2613549

CNPJ: 09.099.709/0001-18

Ficha Número: 263782

NOME: HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO

ENDERECO: FLORENCIO CANDIDO RAMALHO, 388 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: PARDIA

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereço: SEVERINIO SATURNINO DOS SANTOS

Bairro: LOTEAMENTO PORTAL

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

CNS: 700-5007-0344-1353

CPF: 432967 SSPIRO

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

Repcionista: WILLANY

Identidade: 9894

Num.: 9894

Fone: (83)9838-8840

Sexo: M

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME

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

Dr. Antônio Rogério de L. Palmeira

CRH

CNS

17050313082768

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável

POLEGAR DIREITO

ENCAMINHAMENTO

59 anos

Encaminho o Paciente

Eduardo Henrique Júnior

Residente na (o) José de Freitas / Bairro Centro / Cidade Patos

Município de

Red. Br. F. PB

Para o (a)

Hospital Regional

Na cidade de

Patos

MOTIVO

Pel vagin de colo não tem
sangue d- sinal maria. d- Tela
e liba todo d- d. s. d. d.
e conduta do colo on S.p.d.b

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

Atenciosamente,

São Bento -PB, em 10/12/18

Dr. Antônio Rogério da L. Peixoto
Médico
CRM-PB 8426 RN 7473
CNS 700803134002760

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, DEFÍCIT 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 Martinho Faria
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TEOT 14.30*



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

343.569.404-15

ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

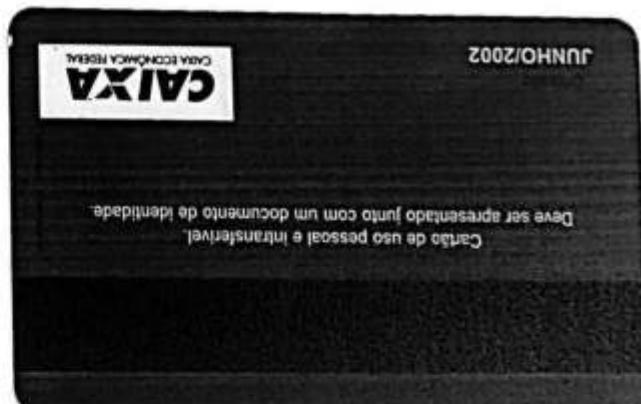
06/09/1960



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
432987	09.08.1990
NOME	
ELPIDIO HERCULANO DA SILVA	
FILIAÇÃO	
Elviro Mancel Herculano	
Eliza Maria da Conceição	
PAÍS	
Paulista-PB	
NATURALIDADE	
06.09.1960	
DOC. ORIGINAL	
Cert. Nasc. 8.296/Fls. 029/Lv. A. 009	
EXP. Catolé do Rocha-PB. 17.06.1980	
CPF	
LEI NO. 11.4 DE 29/08/93	

[Handwritten signature over the card]

Maria Luisa dos Santos Henrique
Assistente Social - MPT



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

Valorização 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): Capitals 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
DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

Espídio Berçulano da Silva

CPF do beneficiário:

313.569.104-15

Nome do solicitante:

Espídio Berçulano da Silva

CPF do solicitante:

313.569.104-15

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 9-9930-8382

Tel. Comercial: (0800)

Tel. Residencial: (0800)

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

Vinho por meio deste solicita a reanálise do meu pedido, haja vista que em decorrência do trânsito sofri fratura dos ossos da minha perna direita. Fui submetido à tratamento cirúrgico com a colocação de placa e parafusos. Consoante laudo Médico do ortopedista em anexo apunha comprometimento de 50% do membro inferior direito, porém só recebi a quantia referente a 10%, razão pela qual faço jus ao pagamento conjunto da indenização.

Das Fento - RB, 19 de agosto de 2020.

Local e Data

X Espídio Berçulano da Silva

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

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

Valorização 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

Valorização 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

Valorização 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:

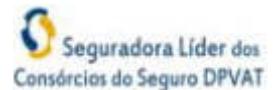
Observações: LAUDO MÉDICO NA PÁG.1 INDICA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM 50%

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/12/2019

ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA