



08/02/2021

Número: **0802125-89.2020.8.15.0881**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de São Bento**

Última distribuição : **12/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.780,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELPIDIO HERCULANO DA SILVA (AUTOR)		MAYARA SOARES SILVEIRA (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39206747	08/02/2021 14:10	2782437_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Carta nº 15915214





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, 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





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

Pag. 01051/01052 - carta_02 - INVALIDEZ

00030526



Carta nº 16063593



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/02/2021 14:10:40

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020814103988600000037372777>

Número do documento: 21020814103988600000037372777

Num. 39206747 - Pág. 3



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

Pag. 01371/01372 - carta_09 - INVALIDEZ

00030686



Carta nº 16134082



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. Nexos 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 Meunzes 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 Berculano 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 Berculano da Silva

CPF: 393.569.404-15

7 - Profissão:

agricultor

8 - Entereços:

R. Vianca Rodrigues de Vasconcelos

9 - Número:

206

10 - Complemento:

11 - Bairro:

João Vilegiano

12 - Cidade:

João Bento

13 - Estado:

RB

14 - CEP:

58.865-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

85-99930-8312

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. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 9917

CONTA: 6307

8

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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data,

João 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)

FP5.001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner

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



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 Vicência 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.

Epidio Herculano da Silva

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

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

POLECA DEBITO

Digitalizada com CamScanner





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 Marcelano 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 Marcelano da Silva 6 - CPF: 393.569.909-15
7 - Profissão: agricultor 8 - Entereços: R. Vianca Rodrigues de Vasconcelos 9 - Número: 206 10 - Complemento:
11 - Bairro: João Vilegiano 12 - Cidade: São Bento 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 58.865-000
15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 9917 ☐ CONTA: 6307 ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:
(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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima 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, São Bento - RJ, 29 de julho de 2020.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner

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 1,73 kWh MÉDIA DIÁRIA LEITURA CONFIRMADA
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

[illegible]

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	15,51	0,00	0,00	28,73	0,31	1,43
Taxa de Trocas: Até 30 dias 0,000000 Até 100 dias 0,000000							

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (KWH)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Mar19	150	LEITURAS Anterior 27/04/20 27166 Atual 27/05/20 27807 Consumo 526KWh Período 30 dias Constante do medidor	Descrição	Valor (R\$)	%
Jun19	11		Taxa de Serviço de Energia PB	0,00	0,00
Jul19	156		Cargos de Energia	0,00	0,00
Agô19	122		Serviço de Transmissão	0,00	0,00
Set19	128		Encargos Setoriais	0,00	0,00
Out19	129		Impostos, Direitos e Encargos	7,78	48,84
Nov19	154		Outros Serviços	7,78	50,16
Dez19	101		Total	15,51	100,00
Jan20	2		Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 3/2020) R\$3,06		
Fev20	1				
Mar20	0				
Abr20	0				
	369				
PRÓXIMA LEITURA 25/06/2020					

* Exatidão pela média alternando

INDICADORES DE QUALIDADE		REFERENCIAL DO CONTRATO			
		MESES	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
META		5,55	0,00	11,10	22,21
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC		3,90	0,00	6,60	13,20
Vezeas que o cliente ficou sem energia - FIC		3,20			
Duração da maior interrupção de energia na período - CMIC		12,22			
					NOMINAL 220
					CONTRATADA
					LIMITE INFERIOR 202
					LIMITE SUPERIOR 231

ATENÇÃO

ATENÇÃO

Declaração de Quitação Anual de Débitos. Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 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.

Assinatura do titular nº 10.439, de 26 de abril de 2002.

- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: site, App Energisa CN e Whatsapp (83) 99135-5540

- Sua unidade foi faturada como Bateria Perda, sendo um desconto de R\$26,89
- Leitura confirmada

~~CONFIDENTIAL~~

* TIPO DE AGRAVO* TRANSPORT SIGNIFICANCE - CONTINUED

Dr. Antonio Rogério de L. Paiva
Médico
CRM-PB 8428 RN 7473
CNS 700025131082755

10. DATED: 2012-07-11

☐ Apoio diagnóstico ☐ Serviço de maior complexidade ☐ Transferência simples

* THIS REPORT CONTAINS INFORMATION OF A NATURE THAT IS UNCLASSIFIED

Local _____ Organizational _____ Function _____

* EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

☐ Agitação ☐ Alargos ☐ Ausência de pulso (central) ☐ Ciarrose ☐ Convulsão ☐ Córreia ☐ Dificuldade respiratória ☐ Dor: local _____

☐ Febre ☐ Inconstante / decréscio ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ Outros: _____

$$\sum_{i=1}^n \frac{1}{i^2} = \frac{\pi^2}{6} \approx 1.644934$$

P.A. SISTÓLICA: 100 P.A. DIASTÓLICA: 60 PULSO: 50 FR: TEMPERATURA: GLICEMIA: 140 E. COMA: 15/5/6 = 99%

[illegible]

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Brinco-aspiração ☐ Fítula de gláto ☐ Obs.: _____

10. UNIVERSITY OF CALIFORNIA

☐ Espontânea ☐ Parada respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular

***: EXPANSIBILIDADE**

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

* ACHADOS

☐ Crenação ☐ Enfiame subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Hálito etílico ☐ Outros: _____

^a = 0.05 level of significance; ^b = 0.01 level of significance.

☐ Úmida ☐ Fria ☐ Normal ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros: _____

12. **REMARKS**

☒ Asunto ☐ Poliostril ☐ M. infecciosa ☐ Anisarca



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

CNES: 2613549 CNPJ: 09.089.709/0001-18 Ficha Número: 263762

NOME: HOSPITAL MARIA PAULO LUCIO

ENDEREGO: FLORENCIO CANDIDO RAMALHO, 388 CENTRO CEP 58.865-000

CIDADE: SÃO 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

Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço: SEVERINO SATURNINO DOS SANTOS

Bairro: LOTEAMENTO PORTAL

Cidade: SÃO BENTO - PB - 58865-000 - 2613901

CNS: 700-5007-0344-1353

CPF: 432987 SSP/RO

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

Reg. Nasc.: 432987 SSP/RO

Recepcionista: WILLANY

Sexo: M

Num.: (83)9638-8840

8894

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME

DIAGNÓSTICO

Caracterização Atendimento

Cid.

NATUREZA DA CONSULTA

TIPO DE ATENDIMENTO

Consulta simples

Consulta com medicamento

Consulta com observação

Consulta ortopédica

Urgência/Emergência (com Proc.)

Primeira consulta

Consulta Subsequente

Urg/Emerg: cf referência p/ outra unidade

Consulta cf referência p/ outra unidade

MEDICAÇÃO

Prescrita Aplicada

ENCAMINHAMENTO

P/ Observação P/ Residência P/ Amb. SUS

P/ outro Hospital Internação Obito Outros

Procedimento

Serviços Realizados

CBO

ID/DE

REALIZADOS NA UNIDADE

Serviços Auxiliares - Diag / Terapia

SOLICITADOS

MATERIAS E MEDICAMENTOS

HORARIO

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

Dr. Antonio Rogério do L. Paiva

Medico

CRI/PB 94.29 RM 7473

CNS 120503131082769

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

Residente na (o) Quilombo Saturnino dos Santos / Socorro Portal

Município de

Para o (a)

Na cidade de

MOTIVO

paciente vítima de colúmbios proct. com
suspensão de proct. na área da T. B.
e libela de do do T. B. proct. e libela
e conduta de proct. em T. 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 da L. Paiva
Médico
CRM-PB 8426 RN 7473
CNS 700503134002765

Digitalizada com CamScanner



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.M.-PE 24411
TEOT 14130

Digitalizada com CamScanner





Digitalizada com CamScanner



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: 3200233229	Data da solicitação: 19/08/2020 DD/MM/AA
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
Vinho por meio desta solicito a reanálise do meu pedido, haja vista que em decorrência do acidente sofreu fratura dos ossos da minha perna direita. Foi 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%. Peço pois para que seja feito o pagamento do restante da indenização.

Dois pontos - RB, 19 de agosto de 2020.
Local e Data
Assinatura do solicitante e de quem assina a pedido da roga: Elpidio Merculano 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 escolher 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

