

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177872

Vítima: PEDRO JOSE CABRAL

Data do Acidente: 24/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO JOSE CABRAL

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: PEDRO JOSE CABRAL

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000836-2

Conta: 000000003523-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Cédula ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

084 241 014-72

PEMO JOSE CABRAL

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

5 - Nome completo:

PEMO JOSE CABRAL

6 - CPF:

084 241 014-72

7 - Profissão:

AUTONOMO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ VICENTE XAVIER

9 - Número:

15

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JOÃO PAULO II

12 - Cidade:

MOLENO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54800-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 98816-5294

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ RECLISO 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos citados - Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BNADESCO

AGÊNCIA:

000000

CONTA:

000000

AGÊNCIA:

0836

2

CONTA:

0003523

8

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qual 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Declaro o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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 netos (ou neta)?

☐ 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 LIDER pagará, caso devido, 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 respectiva sanção criminal por violação do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

13 de maio de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E2093000099**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/04/2020** às **08:28**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/1/2020** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CLETO CAMPELO, 1 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 54800-000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
SELMA ADRIANA VIEIRA (OUTRO)
PEDRO JOSE CABRAL (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

PEDRO JOSE CABRAL (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALZIRA MARIA SANTOS Pai: JOSE DANIEL CABRAL Data de Nascimento: 29/6/1940 Naturalidade: MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 469666/SDS/PE (RG) 08424101472 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)
Endereço Residencial: **RUA JOSE VICENTE XAVIER, 15 - CEP: 0 - Bairro: JOAO PAULO II - MORENO/PERNAMBUCO / BRASIL**

SELMA ADRIANA VIEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SELMA ADRIANA VIEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não**
Cor: **PRETA - Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGA5210 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE, TENTAVA ATRAVESSAR A AVENIDA CITADA, QUANDO UMA MOTOCICLETA DE PLACA KGA-5210, LHE ATROPELOU, ONDE A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOF, CONFORME PRONTUARIO DE NUMERO 1104980, E ATENDIMENTO DE NUMERO 3425041. CASO AFETO A DELEGACIA DO MORENO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

PEDRO JOSE CABRAL
(VITIMA)



B.O. registrado por: **ADELSON PEREIRA GOMES** Matrícula: 159741-8
(Liberado em 22/04/2020 às 08:46)



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

25/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO JOSE CABRAL

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00836-2

CONTA: 000000003523-8

Nr. Autenticação

BRDESCO2505202005000000000023700836000000003523168750 PAGO



ATENCIÓN: VÍA 1 DE NAZO - MM. - DORRA - CENTRO MORANO PE
1-800-888-888

DADOS DO CLIENTE

PEDRO JOSE CABRAL
R JOSE VICENTE RAVIER, N 20815 - JOAO PAULO II NOBENO PE 5482
C-2005
INSCRIÇÃO: 094.320.191-8/55.000 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO) 015420944

BILHETE DE AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ATUALIZADA LIGADO	TARIFA DE CONSUMO 3	VALOR DE PAGAMENTO R\$ 0,00
HORÍMETRO A09518405	CALIBRE INTERIORE 13/01/2020	ÚLTIMA LECTURA 12/02/2020	Tipo de Medição (M) REAL / N MEDIDO

AGU: 1350TO:
LEIT ANT: 772 CONSUMO: 7 LEIT ANT: VOLUME: 7
LEIT ATU: 778 LEIT ATU:
LEIT FAT: 779 LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERENCIAL CONSUMO

	PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXPL. PORT.	ANÁLISES REALIZ.	ATENDE A LEGIS
12/2019	09 /09			
11/2019	07 /07			
10/2019	04 /04			
09/2019	05 /05			
08/2019	05 /05			
07/2019	07 /07			
MEDIA	06 /06			

Qualidade da Água: www.competia.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS - PRESENÇA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) 55 PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) 55 PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3	44,95
ESGOTO 44,95% DO VALOR DE ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)		
CONSUMO DE ESGOTO	7 M3	17,85
MULTA POR IMPUNTUALIDADE 12/2019		1,28
DÍVIDA AJ PRO-CRIANÇA 01/2020		2,50

VERIFICATION: 25/02/2020

TOTAL A PAGAR: 65.49

【参考文献】



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: PEDRO JOSE CABRAL

Data Nasc.: 29/06/1940

CPF:

Endereço: RUA JOSE VICENTE CHAVIER

Bairro: LOTEAMENTO JOAO PAULO S

CEP: 54800000

Acompanhante:

Nome da Mãe: ALZIRA MARIA SANTOS

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 3425041

Nome Social:

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

CNS:

Prontuário: 1104980

Religião:

Nº: 15

Estado: PE

Celular:

Profissão:

Visto NEI
NOTIFICAR
31/03/20

2 - ATENDIMENTO

Data: 24/01/2020 18:40

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Artralgia no 1º, 2º e 3º dedos
da mão esquerda, com rigidez
matutina.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Sinal de Rubeck
positivo no 1º e 2º dedos

Diag. Provisório:

Artrite

PROTESE

REVISADO

18/02/20

Waldin

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

10 Horas Cirurgico

Ulysses Barros
Ortopedista

Usuario do Atendimento
JANAINAFL



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 24/01/2020 18:40
Prontuário: 1104980
Nº. Atendimento: 3425041
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
HERIVELTO ALEXANDRE DA SILVA FILHO

Nome:
PEDRO JOSE CABRAL

Idade:
79 Anos 6 Meses 26 Dias

Nasc:
29/08/1940

Sexo:
MASCULINO

CNS:
707003896355432

Contatos:
81, 91147028 | Celular: 81.

Mãe:
LIZIA MARIA SANTOS

Endereço:
RUA JOSE VICENTE CHAVIER, N.º 15 - BAIRRO: LOTEAMENTO JOAO PAULO
CERQUINHO - CIDADE: MORENO - UF: PE

Admissão

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HA 2,5H, EVOLUI COM FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO E

História Clínica

Exame Físico

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

Observações

Conduta

AO BLOCO CIRURGICO

WES MACEDO BARBOSA - CRM: Nº.CRM26541

Data: 24/01/2020 19:45


WES MACEDO BARBOSA
CRM: Nº.CRM26541



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: PEDRO JOSE CABRAL		REGISTRO Nº 1104980
CLINICO: ORTOPEDISTA		Nº DO LEITO: EMERGENCIA
OPERADOR: DR EDSON SOUZA		
1º ASSISTENTE: DR ARTUR SOARES	2º ASSISTENTE: DR ULYSSES BARBOSA	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DRA TACIANA	
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 24/01/2020	INICIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO		
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADO EXPOSIÇÃO COMPLETA DE TIBIA DISTAL EM REGIÃO MEDIAL DE TORNOZELO
5. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%
6. APOSIÇÃO DE FIXADOR TRANSARTICULAR TUBO A TUBO EM TORNOZELO ESQUERDO E CHECADA BOA REDUÇÃO SOB RADIOSCOPIA
7. CURATIVO
8. BOA PERFUSÃO DISTAL
9. À SR

ORTOMÉDICA

- 1 FIXADOR TRANSARTICULAR TUBO A TUBO DE TORNOZELO
- 4 PINOS DE SCHANZ
- 4 CONECTORES BARRA-BARRA
- 4 CONECTORES PINOS-BARRA
- 4 BARRAS



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: PEDRO JOSÉ CABRAL		Nº DO REGISTRO: 1104980
CLÍNICO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		Nº DO LEITO: 10-03
OPERADOR: DR DILAMAR		
1º ASSISTENTE: DR JANDERSON	2º ASSISTENTE: DR GEOVANE	
INSTRUMENTADOR: BRUNA	ANESTESISTA: DRA CECILIA	
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO:	INÍCIO:	FIM:
12/02/20		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO		
OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO + DIVULSAO DO POR PLANOS
4. VISUALIZAÇÃO DE FRATURA COMINUIDA
5. FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO COM 4 PARAFUSOS CORTICAIS E 02 ESPONJOSOS
6. VISUALIZAÇÃO SOB RADIOSOCPIA
7. LIMPEZA COM SF 0.9%
8. SUTURA POR PLANOS
9. CURATIVO
10. A SR

EMPRESA	MATERIAL USADO:
ORTOMÉDICA	02 PARAFUSOS ESPONJOSOS
	04 PARAFUSOS CORTICAIS
	01 PLACA 3,5MM 1/3 DE CANO

Handwritten signature: Janderson Cabral
Médico
CRM 27695-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177872 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO JOSE CABRAL **Data do acidente:** 24/01/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/ PLACA E PARAFUSOS). P 4 5
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177872 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO JOSE CABRAL **Data do acidente:** 24/01/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/ PLACA E PARAFUSOS). P 4 5
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139030/20

Vítima: PEDRO JOSE CABRAL

CPF: 084.241.014-72

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO JOSE CABRAL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

PEDRO JOSE CABRAL : 084.241.014-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020
Nome: PEDRO JOSE CABRAL
CPF: 084.241.014-72

PEDRO JOSE CABRAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177872

Vítima: PEDRO JOSE CABRAL

Data do Acidente: 24/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO JOSE CABRAL

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

