

# 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: 00/00/0000

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

### \*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAILSON BARBOSA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 00000103336-2

---

Nr. da Autenticação 6366DD0D8156BBF8

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180542040      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NAILSON BARBOSA DA COSTA      **Data do acidente:** 28/07/2018      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/11/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

**Aos Cuidados de:** NAILSON BARBOSA DA COSTA

**Nº Sinistro:** 3180542040

**Vítima:** NAILSON BARBOSA DA COSTA

**Data do Acidente:** 28/07/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180542040**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180542040**

**Vítima: NAILSON BARBOSA DA COSTA**

**Data do Acidente: 28/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	058.391.653-74	NAILSON BARBOSA DA COSTA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	058 391 693-74	
Profissão:	Enderço:	Número:	Complemento:	
SEGUENTE.	RUA TELESINHA COSTA DA SILVA	12		
Bairro:	Cidade:	Estado:	PB	CEP:
SANTO ANTONIO.	TERESINA			64.000-000
E-mail:	Tel.(DDD) 86.988214516.			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: 1987  CONTA: 103336  (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.

### 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 nº 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 da sua conclusão.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: 7/01/11/2018  
 Nome: Nailson Barbosa da Costa  
 CPF: 058.391.653-74

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

DOCUMENTO DE SEGUROS  
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

(\*) Assinatura de quem assina A.ROGO  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003942/2018-45

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 12/11/2018 - 17:54

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

28/07/2018 - 21:00

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Bairro**

VERMELHA

**Endereço**

AV. BARÃO DE GURGUÉIA, Nº:

**Complemento**

**Ponto de Referência**

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

**Nome:** NAILSON BARBOSA DA COSTA (25 ANOS)

**Tipo Envolv.:** VITIMA/Noticiante

RG: 3447123 SSP PI

Mãe: ANTONIA DILSA BARBOSA DA COSTA

Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA, Nº 12

Bairro: SANTO ANTÔNIO

Cidade: TERESINA

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR VERMELHA, PLACA PIC-4793-PI, DE PROPRIEDADE DE SALATIEL ANTONIO DA COSTA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, SENDO SOCORRIDO POR MANASSÉS DO NASCIMENTO ROSA, RG:3395061 SSP-PI, RESIDENTE NA RUA RIO PARANÁ, 2721, SANTO ANTONIO, E LEVADO AO HUT (PRONTUÁRIO 312640). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

*Francileude Lima*  
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629  
AGENTE DE POLÍCIA

*Nailson Barbosa da Costa*  
NAILSON BARBOSA DA COSTA (25 ANOS) - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

*“DOCUMENTO ORIGINALE”*  
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 19/11/18

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	058.391.653-74	NAILSON BARBOSA DA COSTA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	058 391 693-74	
Profissão:	Enderço:	Número:	Complemento:	
SEGUENTE.	RUA TELESINHA COSTA DA SILVA	12		
Bairro:	Cidade:	Estado:	PB	CEP:
SANTO ANTONIO.	TERESINA			64.000-000
E-mail:	Tel.(DDD) 86.988214516.			

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: 1987  CONTA: 103336  (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.

### 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 nº 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

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

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

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

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

Local e Data: 7/01/11/2018  
 Nome: Nailson Barbosa da Costa  
 CPF: 058.391.653-74

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A.ROGO  
 Nailson Barbosa da Costa  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 28/07/2018 21:39:30

(User: SABRINA LOBAO)

(Matrícula: ACCR01)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: NAILSON BARBOSA DA COSTA		Prontuário: 312640
Mãe: ANTONIA DILSA BARBOSA DA COSTA	Pai: SALATIEL ANTONIO DA COSTA	
End. Resid.: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 03/12/1992	Idade: 25a7m25d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9436-7147
Responsável: ANTONIA DILSA	CNS: 898002357156866	
Profissão: SERVENTE	Documento: CPF: - - -	
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

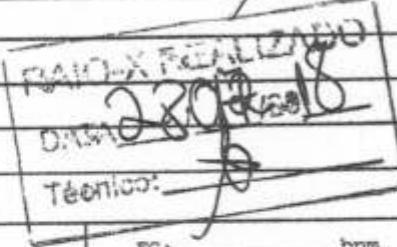
## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 676686	Data: 28/07/2018 21:34:32	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
d.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário:

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	ORTOPEDISTA	Amarelo
Breve História:	MEDIDA CORRETORA DE RISCO:		Profissional Clas. Risco:
PACIENTE COM RELATO DE LUXACAO ESPONTANEA EM MSD.			SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA
Recebido em: 19/11/18		COREN - 207590	
		Em: 28/07/2018 21:39:29	

## DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

PA ____ x ____ mmHg	P脉: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID:	
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:			
			

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

0408020375 592.2  
 Procedimento CID

DATA: 1 / 1 / . HORA: : .

Antonia Dilsa Da Costa

Dr. Bento Barbosa Bezerra  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**Aguas de  
Teresina**

Mesa Água muito bem tratada

CNPJ 27157474000106 - I.E 199965574  
Av. Odilon Aragão, 1033, Picanco - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2300 ou 113 / (BR) 08124-3199

MATRIZ/MA

INFORMA  
MÊS/ANO

440,71

5/2018

NOSSO ENDERECO

MORADOR: SALATIEL ANTONIO DA COSTA  
PROPRIETÁRIO: ANTOINA DILSA BARBOSA DA COSTA  
RUA TERESINHA COSTA DA SILVA 000012 - SANTO  
ANTONIO TERESINA - PI - CEP: 64029-250

LOCARÇÃO

003 1X039-004920

GRUPO

103

NÚMERO DO HERÓMESTRO

AB54.55335

HISTÓRICO DE CONSULOGO

MÊS/ANO

LEDO

ESTURADO

04/2018 - 05/2018

000

000

05/2018 - 06/2018

000

000

06/2018 - 07/2018

000

000

07/2018 - 08/2018

000

000

08/2018 - 09/2018

000

000

09/2018 - 10/2018

000

000

10/2018 - 11/2018

000

000

11/2018 - 12/2018

000

000

12/2018 - 01/2019

000

000

01/2019 - 02/2019

000

000

02/2019 - 03/2019

000

000

03/2019 - 04/2019

000

000

04/2019 - 05/2019

000

000

05/2019 - 06/2019

000

000

06/2019 - 07/2019

000

000

07/2019 - 08/2019

000

000

08/2019 - 09/2019

000

000

09/2019 - 10/2019

000

000

10/2019 - 11/2019

000

000

11/2019 - 12/2019

000

000

12/2019 - 01/2020

000

000

01/2020 - 02/2020

000

000

02/2020 - 03/2020

000

000

03/2020 - 04/2020

000

000

04/2020 - 05/2020

000

000

05/2020 - 06/2020

000

000

06/2020 - 07/2020

000

000

07/2020 - 08/2020

000

000

08/2020 - 09/2020

000

000

09/2020 - 10/2020

000

000

10/2020 - 11/2020

000

000

11/2020 - 12/2020

000

000

12/2020 - 01/2021

000

000

01/2021 - 02/2021

000

000

02/2021 - 03/2021

000

000

03/2021 - 04/2021

000

000

04/2021 - 05/2021

000

000

05/2021 - 06/2021

000

000

06/2021 - 07/2021

000

000

07/2021 - 08/2021

000

000

08/2021 - 09/2021

000

000

09/2021 - 10/2021

000

000

10/2021 - 11/2021

000

000

11/2021 - 12/2021

000

000

12/2021 - 01/2022

000

000

01/2022 - 02/2022

000

000

02/2022 - 03/2022

000

000

03/2022 - 04/2022

000

000

04/2022 - 05/2022

000

000

05/2022 - 06/2022

000

000

06/2022 - 07/2022

000

000

07/2022 - 08/2022

000

000

08/2022 - 09/2022

000

000

09/2022 - 10/2022

000

000

10/2022 - 11/2022

000

000

11/2022 - 12/2022

000

000

12/2022 - 01/2023

000

000

01/2023 - 02/2023

000

000

02/2023 - 03/2023

000

000

03/2023 - 04/2023

000

000

04/2023 - 05/2023

000

000

05/2023 - 06/2023

000

000

06/2023 - 07/2023

000

000

07/2023 - 08/2023

000

000

08/2023 - 09/2023

000

000

09/2023 - 10/2023

000

000

10/2023 - 11/2023

000

000

11/2023 - 12/2023

000

000

12/2023 - 01/2024

000

000

01/2024 - 02/2024

000

000

02/2024 - 03/2024

000

000

03/2024 - 04/2024

000

000

04/2024 - 05/2024

000

000

05/2024 - 06/2024

000

000

06/2024 - 07/2024

000

000

07/2024 - 08/2024

000

000

08/2024 - 09/2024

000

000

09/2024 - 10/2024

000

000

10/2024 - 11/2024

000

000

11/2024 - 12/2024

000

000

12/2024 - 01/2025

000

000</

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Salatiel Antônio da Costa,  
RG nº 769547 - PI, data de expedição / /,  
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 774.914.243-68, com  
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piáui, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Timimba Costa da Silva, 5. Antônio, nº 12,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Nilson Barbosa da Costa cujo o condutor era  
Nilson Barbosa da Costa.

Veículo: moto  
Modelo: Mamor/CG 150 Fan crodi  
Ano: 2014-2014  
Placa: PIE-4793-PI  
Chassi: 9C2KC4C80ER028976  
Data do Acidente: 28.07.2018  
Local e Data: Teresina, 14/01/2018

Salatiel Antônio da Costa  
Assinatura do Declarante

"DOCUMENTO ORIGINAL"  
MEDIDA CORRETORA DE SEGURO  
Recebido em: 19/11/2018

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





*LLM*  
MEDIDA CORRETORA DE SEGURO

Recebido em: 19/11/18



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180542040      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NAILSON BARBOSA DA COSTA      **Data do acidente:** 28/07/2018      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/11/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417686/18

**Vítima:** NAILSON BARBOSA DA COSTA

**CPF:** 058.391.693-74

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/07/2018

**Titular do CPF:** NAILSON BARBOSA DA COSTA

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

**NAILSON BARBOSA DA COSTA : 058.391.693-74**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- 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.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/11/2018  
Nome: NAILSON BARBOSA DA COSTA  
CPF: 058.391.693-74

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

NAILSON BARBOSA DA COSTA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO