

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: 000000103336-2

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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

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

Carta nº 13608892





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, 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: **058.391.653-74** Nome completo da vítima: **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: **NAILSON BARBOSA DA COSTA** CPF: **058.391.693-74**

Profissão: **SEGUENTE** Endereço: **RUA TERESSINHA COSTA DA SILVA** Número: **12** Complemento: _____

Bairro: **SANTO ANTONIO** Cidade: **TERESINA** Estado: **PI** CEP: **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).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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** ☐ 2 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.

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 do 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

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: **Guimarães, 14/11/2018**

Nome: **Nailson Barbosa da Costa**

CPF: **058.391.653-74**

(*) 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)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



4392 6718 4663 7391

10/24

NAILSON BARBOSA DA COSTA
1987 013 00103336-2

VISA



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. BARÃO DE GURGUÊIA, Nº:

Complemento

Data/Hora

28/07/2018 - 21:00

Bairro

VERMELHA

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 Cordeiro
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 ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 12/11/18

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: **058.391.653-74** Nome completo da vítima: **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: **NAILSON BARBOSA DA COSTA** CPF: **058.391.693-74**

Profissão: **SEGUENTE** Endereço: **RUA TERESSINHA COSTA DA SILVA** Número: **12** Complemento: _____

Bairro: **SANTO ANTONIO** Cidade: **TERESINA** Estado: **PI** CEP: **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).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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** ☐ 2 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.

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 do 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

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: **Guimarães, 14/11/2018**

Nome: **Nailson Barbosa da Costa**

CPF: **058.391.653-74**

(*) 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)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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)

(Estação: ACC001)

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

Recebido em: 19/11/18

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

PA ____ X ____ mmHg				Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:						CID:

RAIO-X REALIZADO
DATA 28/07/18
Técnico: [assinatura]

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		Se Internação, indique o Procedimento e CID
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____		0408020377 542.2 Procedimento CID

Antonina Dilsa Barbosa

Dr. Borgia Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Agua de Teresina

Água de Teresina

CNPJ 27157474000106 - 18 199555374
Av. Odlon Araújo, 1033, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 333 / (86) 98124-3199

INSCRIÇÃO 24961396-4 NÚMERO MÊS/ANO 4/05/2018

NOME/ENDEREÇO

ABONADOR: SALATIEL ANTONIO DA COSTA
PROPRIETÁRIO: ANTONIA DILSA BARBOSA DA COSTA
RUA TERESINHA COSTA DA SILVA 00012 - JARDIM
ANTONIO TERESINA - PI - CEP: 64029250

LOCALIZAÇÃO

005 (XX)39-004920

GRUPO 1003 NÚMERO DO HEDIMÉTRICO 4054.55335

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	USO	RECURSO
04/2018	Residencial	100	100
03/2018	Residencial	100	100
02/2018	Residencial	100	100
01/2018	Residencial	100	100
12/2017	Residencial	100	100

ESQUEMA - CATEGORIA/TIPO TUBERA

1 Residencial - Normal

DATA 13/04/2018 LECTURA 747
ANTERIOR 15/05/2018 747

CONSUMO MÊS AN 18 M3/ANOS 18/05/2018

TABELA DE TAXAS

RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO (M3/M3) K(%)
1	11
12	12
13	13
14	14
15	15

DESCRIÇÃO	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51	26,51
2 Residencial - Normal	10,00
RELIÇÃO POR CORTE SIMPLES 01/01	24,36

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO (M3/M3) K(%)

VENCIMENTO 23/05/2018 TOTAL PAGAR 50,37

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOTIFICAÇÃO

EM 30/05/2018 O SINAL ANALÓGICO DE TV VAI SER DESLIGADO.
SERA QUE VOCE TEM DIREITO AO KIT GRATUITO PARA TV DIGITAL?
LIGUE GRATIS 147 OU ACESSSE WWW.SEJADIGITAL.CC44.BR

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.997/96, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LITRE	3370	3268	102	1,30	0,20-5,00 mg/l
COR APARENTE	2837	2169	668	11,57	Inferior a 15,0
PH	3396	2634	762	6,29	6,00-9,50
TURBIDEZ	3373	2952	421	2,97	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	919	889	30	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	919	919	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO 15/05/2018 HORA DA EMISSÃO 09:51

Agua de Teresina

INSCRIÇÃO 24961396-4 NÚMERO MÊS/ANO 4/05/2018
VENCIMENTO 28/05/2018 TOTAL PAGAR 50,37

826700000000-1 508715050000-2 000000000000-4 000000000000-4



Medida Correctora de Seguros
Recebido em: 19/11/18

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Salatiel Antônio da Costa,

RG nº 769547-PI, data de expedição 1/1/,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 774.914.243-68, com

domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. Timóteo Costa da Silva, S. Antônio, nº 12,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Nelson Barbosa da Costa cujo o condutor era

Nelson Barbosa da Costa.

Veículo: moto;

Modelo: Mandor/CG 150 Fan Endi;

Ano: 2014-2014;

Placa: PI-4793-PI;

Chassi: 9C2K1680ER0C8976;

Data do Acidente: 28.07.2018

Local e Data: _____

TERESINA, 14/11/2018

Salatiel Antônio da Costa
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL
MEDIDA CONCRETORA DE SEGURO
Recebido em: 19/11/18

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

SERVIÇO NOTARIAL E DE REGISTRO - JOÃO CRISÓSTOMO - 1º OFÍCIO - 2ª CIRCUNSCRIÇÃO
Rua Lúcio Martins, nº 1115 - CEP 64020-200 - Fone: (98) 3221-2113 (at) 3221-6884 - Teresina - Piauí - E-mail: n@joaocristostomo.com.br
Reconhecimento por Autenticidade a Firma de SALATIEL ANTONIO DA COSTA
EM TEST. DA VERDADE. DOU FE. TERESINA, 10/08/2018 11:23:19
LOUANY LIMA COIMBRA MELO - ESCRIVENTE
E-mail: 3.71.1.J. 0.74 Selo: 0.26 Total: 4.71

Cartório João Crisóstomo
1º Of. de Notas e Reg. de Imóveis
Louany Lima Coimbra Melo
ESCRIVENTE
Selo de Autenticidade
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABH-58285

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

CARTeira DE IDENTIDADE

Nailson Barbosa da Costa

ASSINATURA DO TITULAR




flh

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 19/11/18

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.447.123 **DATA DE EMISSÃO** 06/11/18

NOME NAILSON BARBOSA DA COSTA

PAI ANTONIA DILSA BARBOSA DA COSTA

MÃE SALATIEL ANTONIO DA COSTA

NATURALIDADE TERESINA-PI **DATA DE NASCIMENTO** 03/12/1992

DOC. CÍVIL CERT. NASC. 115505 L 78A F 258V

CPF EXP TERESINA-PI 19/08/94

058.391.693-74

Francisco de Chagas Pinheiro Moura

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

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
Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417686/18

Vítima: NAILSON BARBOSA DA COSTA

CPF: 058.391.693-74

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 28/07/2018

Titular do CPF: NAILSON BARBOSA DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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

NAILSON BARBOSA DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO