

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: 13/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000087115-9

Nr. da Autenticação 768CFAB92068E9C8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/SJ - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.382-5
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica - Selo B-1
Regime especial de imposto de renda pela SPPAZ 2019/20

Nº da Nota Fiscal: 022700733

A Tarifa Social de Energia Elétrica - 1983 foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTINUAÇÃO
JUNHO/2019

VENCIMENTO
12-06-2019

CONSUMO (KWH)
357

TOTAL A PAGAR (R\$)
630,76

TERESINHA DE JESUS DA SILVA
R. MARIANO GAIOSO 5926 5926 SANTA ROSA
CPF: 00065587740382

DADOS DA CONTA - 000 - TERESINHA

Atual:		Atual:	
Anterior:	15586	Anterior:	05/06/2019
Constante de Multiplicação:	15229	Anterior:	06-05-2019
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	05-07-2019
Consumo Faturado:	357	Apresentação:	04-06-2019
Forma de Faturamento:	Consumo Irregular (FCAM)	Clas de Consumo:	05-06-2019

Classe/Subclasse: NORMAL
Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat: Nota 13 meses

RESUMO RENDA
Mês/Ano consumo

MAT/19	376	CONSUMO	30 A R\$ 0,310524 =	9,31
ABR/19	369		70 A R\$ 0,532327 =	37,26
MAR/19	376		120 A R\$ 0,798475 =	95,81
FEV/19	49		137 A R\$ 0,88720 =	121,54
JAN/19	16	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		21,29
DEZ/18	33	DIFERENÇA DE TARIFA		52,81
NOV/18	62	SUBVENCAO BAIXA RENDA		35,52
OUT/18	107	DESC. S/MULTA PARCELA 7/60		3,37
SET/18	71	DESC. S/JUROS PARCELA 7/60		85,35
AGO/18	109	DESC. S/COR. MON. PARCELA 7/60		59,27
		CANC. DESC. S/JUR. PARCELA 03/19-00		85,35
		CANC. DESC. S/COR. MON. P. 03/19-00		59,27
		CANC. DESC. S/MUL. PARCELA 03/19-00		3,37
		PARCELAMENTO DE DEBITO 7/60		328,26

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes./Ano Valor R\$ 05/2019 497,53

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 28-05-2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura, o não pagamento poderá gerar suspensão e inclusão do nome do consumidor na Dívida. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e a reavaliada(s) no valor de R\$ 519,81 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	4895,458E.D3FF.8A9E	Alíquota ICMS:	
Energia:	62,29	Valor do ICMS:	316,73
Transmissão:	120,37	Valor do PIS:	27,00%
Energia:	20,35	Valor do COFINS:	85,51
Tributos:	0,06		

INDICADORES DE CONTINUIDADE

IC	0,490000	10000
----	----------	-------

Limite	
Realizando	
Contorno	5,19 10,39 20,77 3,37 6,74 13,20 2,94 0,00
	0,00 0,00 0,00

POTY

SEU CÓDIGO 04/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 101,17

novotopial
ENERGIA
cepisa

0580926-6
MES FATURADO

630,76
VENCIMENTO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/SJ - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.382-5

06/2019 12-06-2019
Nº da Nota Fiscal: 022700733 FCAM

83690000006 5 30760017000 4 00000000580 1 92666 48 6



SEQ.: 00330 UC: 0580926-6 DT. LEIT.: 05/06/2019 T. ENTR.: 03
LEITURA: 15586 NORMAL TOTAL: 630,76 CARGA: 02M
DT. VENC.: 12-06-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1271

30 AGO 2019
CORRETORIA
DE SEGUROS

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1396 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Luis dos santos silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 344.387.593 / 87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wilson Carlos Vianna da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 743.050.183 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Wilson Carlos Vianna da Costa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 743.050.183 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recluso Renda: Recluso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

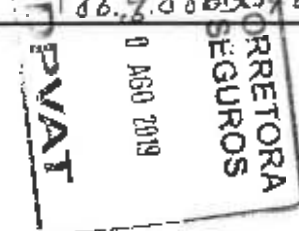
Dedaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. Domingos Afonso Marfense</u>	Número: <u>6267</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Marfense</u>	Cidade: <u>Tererina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>84004-770</u>	Tel. (DDD): <u>86.9.8855-066</u>

Local e Data:

Luis dos santos silva

Assinatura do Declarante



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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francisco das Chagas Almeida Cerqueira
RG nº 652.971, data de expedição 09/07/19
Órgão SS - PI, portador do CPF nº 341.098.703-72
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Avenida Dimas Notas nº 1850
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Wilson Carlos Viadacosta, cujo o condutor era
Wilson Carlos Viadacosta
Veículo: mate Modelo: Humano - GG 125 For Ano: 2009
Placa: NFF-5848 Chassi: 9C2JC41109R646370
Data do Acidente: 27/05/19

Local e Data: TERESINA 11 DE JULHO 2019

Francisco das Chagas Almeida Cerqueira
Assinatura do Declarante

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

Cartório
Themistocles
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro Marques, 1231 - Centro - CEP: 64020-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3211-0130 - E-mail: atendimento@cartoriopernambuco.com.br
Titular: Antônio Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO DAS
CHAGAS ALMEIDA CERQUEIRA, DOU PE. EM TEST. Sim DA
VERDADE: Teresina-PI, 11/07/2019. Selo: A2063894-8DVR
www.tpi.jus.br/portalexta

Maria do Socorro de Carvalho de Sampaio - Escrevente Autorizada
Estat: 3,85 VJ: 0,77 PMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - DP: 239
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Socorro de Carvalho de Sampaio
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

C.O.B

CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

Clínica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires
Fones: (86) 3214-1600 - CEP 64.009-330 - Teresina-Piauí
E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 26/05/2019
BO=100203.002629/2019-70

HD- LUXAÇÃO DE COTOVELO E +
FRATURA DA CABEÇA DO RADIO E

FEITO TRATAMENTO CIRURGICO DE
LUXAÇÃO DE COTOVELO E + FRATURA
DA CABEÇA DO RADIO E COM ARTRO-
PLASTIA DE CABEÇA DO RADIO .

EF = DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL
SEVERA EM COTOVELO E
F DE 35 GRAUS

RX CONTROLE DE PROTESE DE CABE-
ÇA DO RADIO E

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 75 % EM COTOVELO E



Teresina 18 de Setembro de 2019

Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2315 / CRM-MA 3294
TEOF - 5054

Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2315-PI



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Data do exame: 11/06/2019

Id Paciente: LA418950

Data do laudo: 12-06-2019

Raio X de Cotovelo Esquerdo

Ache metálica de fixação pós-cirúrgico na região proximal do rádio.

Imobilização em tala gessada.

Espaços articulares preservados.

Focos com densidade cálcica em partes moles.

Dr. Livio W S Parente Filho
Médico Radiologista
CRM-PI: 2271



WILSON, CARLOS VIEIRA DA COSTA - CARLOS VIEIRA DA COSTA - FUNDAÇÃO DE TERESINA - 11/06/2019 12:06:48

041Y M LA418950
Nasc: 08/01/1978
COTOVELO AP
UP EXM
Im: 1 / 2
2370 X 1770
PACIENTE COM RESTICAO MOTORA NAO CONSEGUE FAZER AP

E



W: 1023 L: 511

041Y M LA418950
Nasc: 08/01/1978
COTOVELO, LAT
UP EXM
Im: 2 / 2
2370 X 1770
PACIENTE COM RESTICAO MOTORA NAO CONSEGUE FAZER AP



78.02%

78.02% W: 1023 L: 511

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0494129



Wilson Carlos Vieira da Costa
0484128

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.562.498 DATA DE EMISSÃO 26/09/14

Nome WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

PAI(M)ÃO MARIA VIEIRA DA COSTA
FRANCISCO SOARES DA COSTA

NATURALIDADE SÃO D. DO MARANHÃO-MA DATA DE NASCIMENTO 08/01/1978

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 6840 1-90 1-100
EXP SÃO D. DO MARANHÃO-MA 15/12/73

TERESINA-PI 743.050.183-49

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 19/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
30 AGO 2014
PIAUI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
 LUIS DOS SANTOS SILVA

CPF
 998527 888-PI

DATA NASCIMENTO
 14/08/1969

FUNÇÃO
 CIRIACO MENES DA SILVA

IRMÃO MARIA DE JESUS
 DOS SANTOS SILVA

PERNICIA
 000000000

ALIC
 000000000

CATIP
 000000000

INSCRIÇÃO
 02427638525

VALIDADE
 26/09/2022

EMISSÃO
 06/10/1992

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
 05/10/2017

74911475478
 81319578330

PIAUI

NÚMERO EM TUDO
 O TITULO NACIONAL
 1541156385

NÚMERO DO PLASTIFICAR
 1541156385

DIRETORIA
 DE SEGUROS
 08 AGO 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190506694 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO COMINUTIVA PROXIMAL DO RÁDIO ESQUERDO. P11/12
FRATURA DO PROCESSO CORONOIDE DA ULNA ESQUERDA. P13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTROPLASTIA DA CABEÇA DO RÁDIO. P12/13/17
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM NÍVEL INTENSO (75%) DO COTOVELO ESQUERDO.
REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE
AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Wilson Carlos Vieira da Costa
 RG: 1.562.498 Orgão Emissor: SS. MA CPF: 743.050.183-49
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Retiro
 Endereço: R. Mariano Gayero Nº 5916
 Bairro: St. Maria Cedipe Cep: 64.012-440 Cidade/UF: Terresina - PI
 Telefone: (86) 9.8865.7066 () ()

OUTORGADO:

Nome: Guilherme dos Santos Silva
 RG: 998.527 Orgão Emissor: SS. PI CPF: 394.387.593-87
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Retiro
 Endereço: R. Domingos Afonso Mafrense Nº 6267
 Bairro: MAFRENSE Cep: 64.061-770 Cidade/UF: Terresina - PI
 Telefone: (86) 9.8865.7066 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Wilson Carlos Vieira da Costa
 CPF: 743.050.183.49 Data do Acidente: 27/05/2019
 Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () Dams () Morte

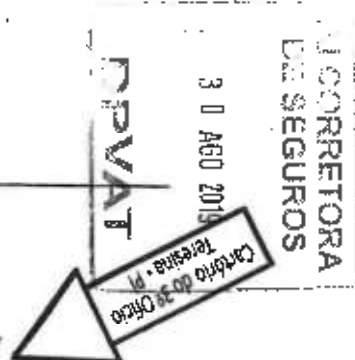
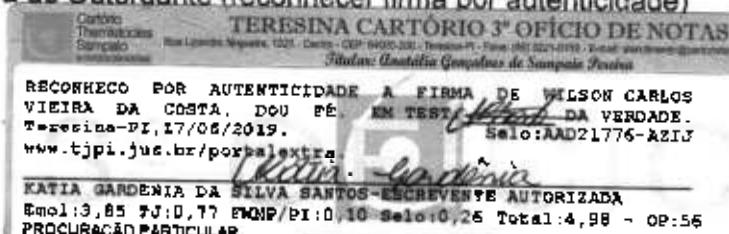
Terresina

27/06/2019

Local e data

Wilson Carlos Vieira da Costa

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299242/19

Vítima: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

CPF: 743.050.183-49

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/05/2019

Titular do CPF: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

LUIS DOS SANTOS SILVA : 394.387.593-87

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA : 743.050.183-49

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: 30/08/2019
Nome: LUIS DOS SANTOS SILVA
CPF: 394.387.593-87

LUIS DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190506694 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO COMINUTIVA PROXIMAL DO RÁDIO ESQUERDO. P11/12
FRATURA DO PROCESSO CORONOIDE DA ULNA ESQUERDA. P13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTROPLASTIA DA CABEÇA DO RÁDIO. P12/13/17
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO COTOVELO 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 dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190506694

Vítima: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000001606**

Conta: **0000087115-9**

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



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190506694

Vítima: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 25/09/2019, 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



Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190506694

Vítima: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

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

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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, b1º, 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(vainhas)? ☐ 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 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002629/2019-70

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 12/07/2019 - 11:38

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

26/05/2019 - 23:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

ITAPERU

Endereço

ALAMEDA JOÃO ISIDORO FRANÇA C/ AV. CASTELO DO PIAUI, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1562488 PI

Mãe: MARIA VIEIRA DA COSTA

Pai: FRANCISCO SOARES DA COSTA

Endereço: RUA MARIANO GAIOSO Nº 5926

Bairro: SANTA ROSA

Cidade: TERESINA



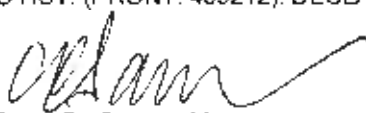
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

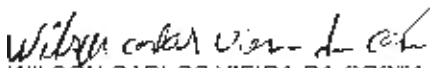
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA NIF-5848-PI, COR PRETA, RENAVAL 00160480779, PROP. DE FRANCISCO DAS CHAGAS ALMEIDA CERQUEIRA, E QUE TRAFEGAVA PELA ALAMEDA JOÃO ISIDORO FRANÇA, QUANDO UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA PELA AV. CASTELO DO PIAUI, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO POR FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA, RUA MARIANO GAIOSO, RUA MARIANO GAIOSO, 5926/B, SANTA ROSA, E LEVADO PARA O HOSP. DO BUENOS AIRES. (PRONT. 125710). DEPOIS DEU ENTRADA NO HUT. (PRONT. 409212). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA


WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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(vainhas)? ☐ 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 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário 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

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 27/05/2019 00:07:11

User: NEUZA

Estação: SAIMEL-PC

Nome: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA		Prontuário: 125710	
Mãe: MARIA VIEIRA DA COSTA		Pai: FRANCISCO SOARES DA COSTA	
End.Resid.: RUA ALTOS 5301 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 08/01/1978	Idade: 41a4m13d	Sexo: Masculino	Fone:
Responsável: O MESMO		CNS: 706805734242320	
Profissão:		Documento: RG: 1562498 - SSP/PI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 144809	Entrada: 27/05/2019 00:04:17	Convênio: SUS	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA COM MOTOCICLISTA			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES
ENTREGUE
Documento Conforme Original
THE 25/06/19
Setor Produção

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: Kg	Altura: M	IMC: Kg/m ²	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Queda de moto evolui com dor no
braço esquerdo ferido RX.
RX: fratura radius

SECRETARIA
DE SEGUROS
30 AGO 2019
OPMAT

Diagnóstico Inicial:	CID:
-----------------------------	-------------

Exames Complementares:

Prescrição Médica:
As HVT Dipirona 1g/4h Volturn-1g/4h Mr do Ramo 24/27

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
-------------------------------------	-----------------------------	------------------------

Neuza Riedel Pinheiro

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Roberto Soares Felício Vieira
CRM 1974
Otorrinolaringologista