

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: TIAGO DA SILVA MELO

Nº Sinistro: 3170622436

Vitima: TIAGO DA SILVA MELO

Data do Acidente: 30/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170622436**.

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 12019921



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: TIAGO DA SILVA MELO

Sinistro: 3170622436
Vítima: TIAGO DA SILVA MELO
Data do Acidente: 30/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170622436** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12115315

A/C: TIAGO DA SILVA MELO

Nº Sinistro: 3170622436
Vítima: TIAGO DA SILVA MELO
Data do Acidente: 30/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: TIAGO DA SILVA MELO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001038

Conta: 0000034680-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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
---	-----	----------

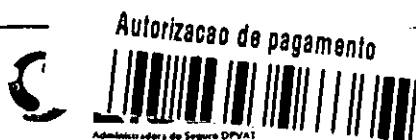
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
E INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

132.707.034-06

Tiago da Silva Melo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Tiago da Silva Melo	132.707.034-06	Atendente
Endereço	Número	Complemento
Rua Maria do Socorro Araújo Flaminia	0051	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Bela Vista	Santa Cruz do Capibaribe	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
rose.menezes08@yahoo.com.br	55190000	819-9215-1674

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
10 38 013.34680 4
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

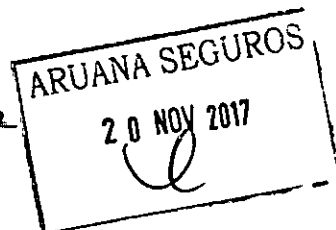
BANCO Nome NRO
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Santa Cruz, 21 de Novembro de 2017
do Capibaribe PE Local e Data

Tiago da Silva Melo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - Ag. Capital do Forro
DATA: 14/11/2017 HORA: 08:24:59
TERMINAL: 30161027 CONTROLE: 301610270070

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1038.013.00034680-4
NOME: TIAGO DA SILVA MELO

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: ~~20~~20

NÚMERO DO ENVELOPE: 4443530494
NÚMERO DE CONTROLE: 318038100

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

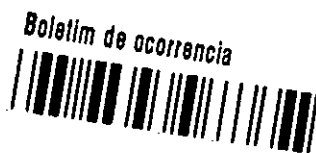
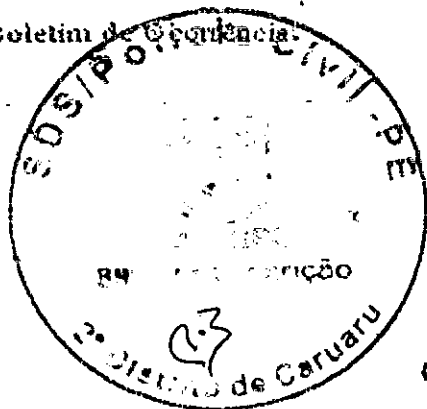
Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopoi/xmi/BOEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0045006663**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/11/2017** às **09:33**

Complementa o BO Número: **17E0045006574**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 30/7/2017 às 12:20

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE CHAGAS, 1 - Bairro: CRUZ ALTA - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR (AGENTE))
TIAGO DA SILVA MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
TIAGO DA SILVA MELO



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

TIAGO DA SILVA MELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe. MARIA DO CARMO DA SILVA Pai: JOAO BEZERRA DE MELO Data de Nascimento: 19/11/1996
Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10000102/SDS/PE (RG), 13270783486 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares:
- 999154357

Endereço Residencial: **RUA MARIA DO SOCORRO A FLORENCIO, 91 - CEP: 9 - Bairro: BELA VISTA - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

- Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -



Compliments of the
 17504200274

- ATIA SURD JONES - F, 1840 1850 1860 1870 1880 1890 1900 1910 1920 1930 1940 1950 1960 1970 1980 1990 2000 2010 2020 2030 2040 2050 2060 2070 2080 2090 2100 2110 2120 2130 2140 2150 2160 2170 2180 2190 2200 2210 2220 2230 2240 2250 2260 2270 2280 2290 2300 2310 2320 2330 2340 2350 2360 2370 2380 2390 2400 2410 2420 2430 2440 2450 2460 2470 2480 2490 2500 2510 2520 2530 2540 2550 2560 2570 2580 2590 2600 2610 2620 2630 2640 2650 2660 2670 2680 2690 2700 2710 2720 2730 2740 2750 2760 2770 2780 2790 2800 2810 2820 2830 2840 2850 2860 2870 2880 2890 2900 2910 2920 2930 2940 2950 2960 2970 2980 2990 3000 3010 3020 3030 3040 3050 3060 3070 3080 3090 3100 3110 3120 3130 3140 3150 3160 3170 3180 3190 3200 3210 3220 3230 3240 3250 3260 3270 3280 3290 3300 3310 3320 3330 3340 3350 3360 3370 3380 3390 3400 3410 3420 3430 3440 3450 3460 3470 3480 3490 3500 3510 3520 3530 3540 3550 3560 3570 3580 3590 3600 3610 3620 3630 3640 3650 3660 3670 3680 3690 3700 3710 3720 3730 3740 3750 3760 3770 3780 3790 3800 3810 3820 3830 3840 3850 3860 3870 3880 3890 3900 3910 3920 3930 3940 3950 3960 3970 3980 3990 4000 4010 4020 4030 4040 4050 4060 4070 4080 4090 4100 4110 4120 4130 4140 4150 4160 4170 4180 4190 4200 4210 4220 4230 4240 4250 4260 4270 4280 4290 4300 4310 4320 4330 4340 4350 4360 4370 4380 4390 4400 4410 4420 4430 4440 4450 4460 4470 4480 4490 4500 4510 4520 4530 4540 4550 4560 4570 4580 4590 4600 4610 4620 4630 4640 4650 4660 4670 4680 4690 4700 4710 4720 4730 4740 4750 4760 4770 4780 4790 4800 4810 4820 4830 4840 4850 4860 4870 4880 4890 4900 4910 4920 4930 4940 4950 4960 4970 4980 4990 5000 5010 5020 5030 5040 5050 5060 5070 5080 5090 5100 5110 5120 5130 5140 5150 5160 5170 5180 5190 5200 5210 5220 5230 5240 5250 5260 5270 5280 5290 5300 5310 5320 5330 5340 5350 5360 5370 5380 5390 5400 5410 5420 5430 5440 5450 5460 5470 5480 5490 5500 5510 5520 5530 5540 5550 5560 5570 5580 5590 5600 5610 5620 5630 5640 5650 5660 5670 5680 5690 5700 5710 5720 5730 5740 5750 5760 5770 5780 5790 5800 5810 5820 5830 5840 5850 5860 5870 5880 5890 5900 5910 5920 5930 5940 5950 5960 5970 5980 5990 6000 6010 6020 6030 6040 6050 6060 6070 6080 6090 6100 6110 6120 6130 6140 6150 6160 6170 6180 6190 6200 6210 6220 6230 6240 6250 6260 6270 6280 6290 6300 6310 6320 6330 6340 6350 6360 6370 6380 6390 6400 6410 6420 6430 6440 6450 6460 6470 6480 6490 6500 6510 6520 6530 6540 6550 6560 6570 6580 6590 6600 6610 6620 6630 6640 6650 6660 6670 6680 6690 6700 6710 6720 6730 6740 6750 6760 6770 6780 6790 6800 6810 6820 6830 6840 6850 6860 6870 6880 6890 6900 6910 6920 6930 6940 6950 6960 6970 6980 6990 7000 7010 7020 7030 7040 7050 7060 7070 7080 7090 7100 7110 7120 7130 7140 7150 7160 7170 7180 7190 7200 7210 7220 7230 7240 7250 7260 7270 7280 7290 7300 7310 7320 7330 7340 7350 7360 7370 7380 7390 7400 7410 7420 7430 7440 7450 7460 7470 7480 7490 7500 7510 7520 7530 7540 7550 7560 7570 7580 7590 7600 7610 7620 7630 7640 7650 7660 7670 7680 7690 7700 7710 7720 7730 7740 7750 7760 7770 7780 7790 7800 7810 7820 7830 7840 7850 7860 7870 7880 7890 7900 7910 7920 7930 7940 7950 7960 7970 7980 7990 8000 8010 8020 8030 8040 8050 8060 8070 8080 8090 8100 8110 8120 8130 8140 8150 8160 8170 8180 8190 8200 8210 8220 8230 8240 8250 8260 8270 8280 8290 8300 8310 8320 8330 8340 8350 8360 8370 8380 8390 8400 8410 8420 8430 8440 8450 8460 8470 8480 8490 8500 8510 8520 8530 8540 8550 8560 8570 8580 8590 8600 8610 8620 8630 8640 8650 8660 8670 8680 8690 8700 8710 8720 8730 8740 8750 8760 8770 8780 8790 8800 8810 8820 8830 8840 8850 8860 8870 8880 8890 8900 8910 8920 8930 8940 8950 8960 8970 8980 8990 9000 9010 9020 9030 9040 9050 9060 9070 9080 9090 9100 9110 9120 9130 9140 9150 9160 9170 9180 9190 9200 9210 9220 9230 9240 9250 9260 9270 9280 9290 9300 9310 9320 9330 9340 9350 9360 9370 9380 9390 9400 9410 9420 9430 9440 9450 9460 9470 9480 9490 9500 9510 9520 9530 9540 9550 9560 9570 9580 9590 9600 9610 9620 9630 9640 9650 9660 9670 9680 9690 9700 9710 9720 9730 9740 9750 9760 9770 9780 9790 9800 9810 9820 9830 9840 9850 9860 9870 9880 9890 9900 9910 9920 9930 9940 9950 9960 9970 9980 9990 1

()
 ()

[illegible]

- 00012507
PROGRAMA AUTOMOM (A) Telephone (Brazil)
12370700 (F) (Area 011) 0012507 (A) (Brazil)
"Brazilian" CARAVAN TRAVELERS - BRASIL DOCTORS 1980000000 (B)
CAMP DA SILVA (A) JOAO REIXERA DE BRLO DA NEVILSON 1981000
TADO DA SILVA (A) (Brazil) 0012507 (A) (Brazil) 00012507

ОДАННОСТИ ДАЯ МЕТОДА ЕСТЬ СЛИБ.

Relatório de Avaliação - Conselho de Representantes - Pessoa de Contato no
 Fórum de Representantes - Conselho de Representantes - Pessoa de Contato no

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **TIAGO DA SILVA MELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF3368** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **829226848** Chassi:
8C2KDO660DR363488
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

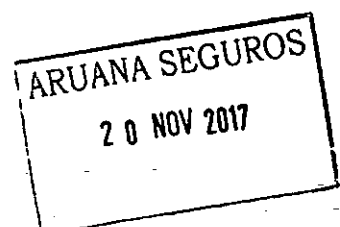
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTÁ DELEGACIA DE POLÍCIA O SR. TIAGO DA SILVA MELO, NOTICIANDO QUE NA DATA DO DIA 30 DE JULHO DE 2017, POR VOLTA DAS 12:20 TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS, COR VERMELHA, ANO 13/13, LICENCIADA EM NOME DE ADRIANO DA SILVA MEDEIROS, QUANDO NA RUA JOSÉ CHAGAS NO BAIRRO CRUZ ALTA NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE AO PASSA EM UMA LOMBADA, PERDEU CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA, VINDO AO SOLO, SENDO SOCORRIDA POR POPULARES A UPA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE. ATENDIMENTO FEITO PELA MÉDICA PLANTONISTA EMANUELLA RODRIGUES CRM 25159, SENDO TRANSFERIDA DE IMEDIATO AO HRA DE CARUARU PE, DANDO ENTRADA CONFORME PRONTUÁRIO 292575, APRESENTANDO FRATURA EM SEU OMBRO ESQUERDO, FICANDO SOB CUIDADOS MÉDICOS. NADA MAIS DISSO DE REGISTRO. CASO AFETO A DEPOL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE.

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

tiago da silva melo
TIAGO DA SILVA MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAURÍCIO BARTOLOMEU DA SILVA** - Matrícula:
889.897-8/APP



UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE - FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

(Individuals) (Subject)

NOTICIA (RECEBIDA) DE LA OFICINA DE LA POLICIA DE LA CIUDAD DE SAN JUAN, P.R., EN LA CUAL SE MENCIONA QUE EL INDIVIDUO CONOCIDO COMO "EL CHINO" HA SIDO VISTO EN LA CIUDAD DE SAN JUAN, P.R., EN LA ULTIMA SEMANA DE JULIO DE 1967.

RECEBIDA EN LA OFICINA DE LA POLICIA DE LA CIUDAD DE SAN JUAN, P.R., EL DIA 28 DE JULIO DE 1967.

Comunicado a la Oficina de la Policia

COMPARANDO A ESTA DELEGACION DE LA POLICIA DE LA CIUDAD DE SAN JUAN, P.R., EN LA CUAL SE MENCIONA QUE EL INDIVIDUO CONOCIDO COMO "EL CHINO" HA SIDO VISTO EN LA CIUDAD DE SAN JUAN, P.R., EN LA ULTIMA SEMANA DE JULIO DE 1967. SE HA DADO A CONOCER A LA OFICINA DE LA POLICIA DE LA CIUDAD DE SAN JUAN, P.R., QUE EL INDIVIDUO CONOCIDO COMO "EL CHINO" HA SIDO VISTO EN LA CIUDAD DE SAN JUAN, P.R., EN LA ULTIMA SEMANA DE JULIO DE 1967. SE HA DADO A CONOCER A LA OFICINA DE LA POLICIA DE LA CIUDAD DE SAN JUAN, P.R., QUE EL INDIVIDUO CONOCIDO COMO "EL CHINO" HA SIDO VISTO EN LA CIUDAD DE SAN JUAN, P.R., EN LA ULTIMA SEMANA DE JULIO DE 1967.

Asimismo se le informa a la Oficina de la Policia

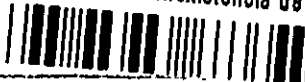
OFICINA DE LA POLICIA DE LA CIUDAD DE SAN JUAN, P.R. (AMTIV)

8 DE JULIO DE 1967. MANUEL BARRERA, Jefe de la Oficina de la Policia de la Ciudad de San Juan, P.R.

100-100000-100

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Declaração de Inexistência de IM



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Tiago da Silva Melo

CPF da Vítima

132.707.034-06

Data do Acidente

30.07.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinatar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Santa Cruz, 23 de Novembro de 2017
do Capitão, PE

Local e Data

ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017

Tia go da Silva Melo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 12/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TIAGO DA SILVA MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000034680-4

Nr. da Autenticação 2E82F8C8543391D7

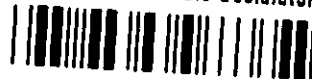


FICHA DE ATENDIMENTO

Ural
UPA
24h

PROFESSOR: *Yla* Data: *30/07/17* Hora: *10:00* min
Nome: *Diogo da Silva Melo* Nº do Prontuário: _____
RG: *10.090.168* Idade: _____ Nascimento: *19/11/95* Nº SUS: *165647459240007*
Estado Civil: *Mel* Profissão: *Estampador* Fone: () _____
Endereço: *R. M^{te} do Socorro A. Florêncio 51* Bairro: *São Miguel*
Cidade: *SOC PE* Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
Pai: _____
Mãe: *João Bezerra de Melo*
Maria do Carmo Silva

Comprovação de ato declaratório



Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ : _____ min

100x60 T: _____ HGT: _____ P: _____ FR: _____ SaO2%: _____

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: *12:25* min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: *Não*

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

Apnéia(); Cianose (); Estridor (); PC<50>140(); FR >32vpm(); Extremidades frias(); Pulso fraco()
Pulso ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Inresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intenso(); Lesão grave()
Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa()

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Poli-traumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC<50 ou >140(); PAS<90 ou >190mmhg(); PAD>130()
Febre >39°C(); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24h(); mucosas ressecadas()
Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas(); Abuso sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa(); história até 72h de:
Melena(); Hematêmese(); enterorragia(); epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico();

OBS: _____

CÓPIA AUTORIZADA

ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017

CLASSIFICAR COMO VERDE:

Idoso com queixas (); TGE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa; Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, luxações (); Dor abdominal sem alterações de SSVV (); PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia ().

OBS:

Dr. na clausula após queda

CLASSIFICAR COMO AZUL:

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômito; diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos; Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ().

OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐ENCAMINHADO: *Receita* ním. ASS. CARIMBO:

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL:

MÉDICO:

Histórico do paciente: *Doença autoimune após acidente de moto*Exame Físico: *Exame físico normal 75 kg - 01 ano, 3m*

Hipótese diagnóstica

Conduta:

ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017

CÓPIA AUTORIZADA

Emanuela Rodrigues
25159

EXTRATO DE DÉBITO

ESCRITÓRIO

ROTA

INSCRIÇÃO 125.190.066.0214.000	NOME DO USUÁRIO CPF/CNPJ: 014.773.294-80 MARIA DO CARMO DA SILVA	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 190 MATRÍCULA 103678360
-----------------------------------	---	---

ENDEREÇO DO IMÓVEL

R MARIA DO SOCORRO ARAGAO FLORENCIO, N. 00051 - BELA VISTA SANTA CRUZ DO

82114906

SA 3	SE 1	ECONOMIA 001	RES.	COM.	IND.	PÚBL.	TIPO DE CONS. NORMAL	DATA EMISSÃO 13/09/2017	NÃO RECEBER APÓS 20/09/2017
---------	---------	-----------------	------	------	------	-------	-------------------------	----------------------------	--------------------------------

MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR
07/2017	31/08/2017	43,38			

Comprovante de residencia



DÉBITO ORIGINAL	43,38
SERVIÇOS/ATUALIZAÇÃO	0,00
DESCONTO/CRÉDITOS	0,00
VALOR A PAGAR	43,38

O PAGAMENTO DAS FATURAS EM ATRASO PODERÁ SER EFETUADO ATRAVÉS DESTES DOCUMENTOS. LEMBRAMOS QUE A EXISTÊNCIA DE DÉBITO LEVARÁ A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA E A COBRANÇA JUDICIAL.

VIA USUÁRIO AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: ANDERSON WESLEY NEVES DOS SANTOS



INSCRIÇÃO 125.190.066.0214.000	NÃO RECEBER APÓS 20/09/2017	MATRÍCULA 103678360	N. SEQUENCIAL 82114906
-----------------------------------	--------------------------------	------------------------	---------------------------

VALOR A PAGAR

43,38

82830000000-7 43380018125-7 10367836008-2 21149061415-7



VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 50030-902
CNPJ 19.625.922/0001-03 | INSC. EST. 0053943-03 | www.cepel.com.br

10/23 de 25/04/2012

REGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
JOELSON TIEURAU OLIVEIRA LOPEZ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SIA MARIA SIA VISTA 700

CPF 028 618 304-21

JARDIM PAMAPAMACARUARU
CARUARU PE
55033-180

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2535105017	10/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PRECISA LECTURA
31/10/2017	24/11/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	95,87

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
002858522	UNICA	24/10/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/10/2017	2022108925	832567

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (VAr)	121,00000000	0,73145000	84,97
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,97
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,48
Contribuição Iluminação Pública			4,11
ICMS Subvenção - CDE NF 002706585-2308/17			1,56

Comprovante de residencia



TOTAL DA FATURA

95,97

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO	Tipo da	Anterior	Atual	NºCS	Constante	Ajuste	Consumo (Wh)		
Medidor	Função	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA			
19.65780	CAT	24-09-2017	18.417,00	24-10-2017	28.549,30	72	10.132,30		

HISTÓRICO DE CONSUMO		REGRAS DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
OUT 17 1,7		ICMS	20,00	20,00	
SET 17 1,74		PIS	1,17	1,05	
AGO 17 21,8		COFINS	5,29	4,02	
JUL 17 2,8					
JUN 17 181					
MAY 17 234					
ABR 17 248					
MAR 17 294					
FEV 17 231					
JAN 17 284					
DEZ 16 267					
NOV 16 180					
OUT 16 180					

TARGUAS APLICADAS	
Consumo Ativo (VAr)	10.132,30

REGRAS DE TRIBUTOS	
Base de Cálculo	10.132,30
ICMS	20,00
PIS	1,05
COFINS	4,02
Total	25,07

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Consumo Ativo (VAr)	10.132,30
Acrescimo Bandeira AMARELA	0,97
Acrescimo Bandeira VERMELHA	4,48
Contribuição Iluminação Pública	4,11
ICMS Subvenção - CDE NF 002706585-2308/17	1,56
Total	19,12

CBSE 42 D IFBC B01F B017 E758 5600 B914

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As informações aqui apresentadas são de caráter informativo e não devem ser utilizadas para fins de cobrança ou para fins de reclamação. A Neoenergia não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido das informações aqui apresentadas.

ATENÇÃO: CEEPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO					
Consulte aqui o status das suas contas e evite problemas com a Neoenergia.					
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
2008-17	210.207	210,88	210,88	210,88	210,88

Em caso de não pagamento do débito, a Neoenergia poderá tomar as medidas necessárias para a cobrança do débito, inclusive a contratação de serviços de cobrança e a inclusão do nome no cadastro de inadimplentes.	
--	--

A Neoenergia não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido das informações aqui apresentadas.	
---	--

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS			
CONSUMO	VALOR APROXIMADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL
DEC	1,29	5,31	10,62
FEV	1,00	3,25	8,47
MAI	1,29	3,25	0,00

Linha DCR 12,22	
BUSD - Valor de faturamento da Unidade de Negócio (BUSD) - R\$ 29,97	

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	VALOR
220	207	231

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
2535105017	10/2017	31/10/2017	95,87

83850000000-8 95870011002-9 53510501710-2 10081010563-9

ARUANA SEGUROS
20 NOV 2017

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosemire Formosinho da Silva inscrito (a) no CPF 628.462.994-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tiago da Silva Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 132.707.034-06, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Tiago da Silva Melo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 132.707.034-06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: recuso informar Renda: recuso informar e apresento os documentos comprobatórios:

Declaracao Circular SUSEP 445/1



☐ Recuso informar

Declaro 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		Número	Complemento
<u>Rua Santa Maria da Boa Vista</u>		<u>700</u>	<u>casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Jardim Primavera</u>	<u>Caruaru</u>	<u>PE</u>	<u>55038-180</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>rose-mire2003@yahoo.com.br</u>		<u>(81) 9-9616-4678</u>	<u>81-9-9215-1674</u>

Caruaru PE, 21 de Novembro de 2017
Local e Data

Rosemire Formosinho da Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Adriano da Silva Medeiros,
RG nº 8434086, data de expedição 21/09/2016
Órgão SIS-PE, portador do CPF nº 099.468.824-50, com
domicílio na cidade de santa cruz do cap., no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Pedro Paulo Alves da Rocha, nº 327,
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 Trago da Silva Melo, cujo o condutor era
Trago da Silva Melo.

Veículo: moto
Modelo: PONDA / NX R 150 BROS ES
Ano: 2013 / 2013
Placa: P6 F 3365
Chassi: 92K D0550DR 353409
Data do Acidente: 30.07.2017
Local e Data: 03/11/2017

Adriano da Silva Medeiros
Assinatura do Declarante

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

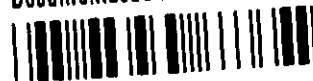


ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017



Documentação médico - hospita

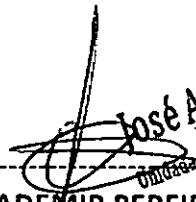


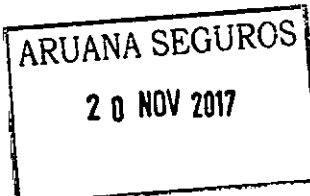
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **TIAGO DA SILVA MELO** nascido em 19/11/1995 esteve nesta unidade hospitalar no dia 30/07/2017 por volta das **12h20min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de AGOSTO de 2017.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043



SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Trago da Silva Melo

Paciente 21a, que dor
em ombro esquerdo
após acidente de
moto. Nessa parte de comença
a ficar com dor

AO Exm BEG. 10/11/17

hidratado, comente e curtos

PA: 120 x 60 mmHg

Sat O₂ 98% (AA)

- CD: - Analgesia
- Imobilização
- Tranquilizante

Traumato - Regional Agudo

5223429

Data: 10/11/17

Nome: Trago da Silva Melo

Rg: 108051

Medicamentos:

Data: 10/11/17

MÉDICO

CÓPIA AUTORIZADA

ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017

FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
 U. S. DEPARTMENT OF JUSTICE

[illegible]

Assinatura

Assinatura

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CHIRURGIA ORTOPEDICA
CHIRURGIA TRAUMATOLOGICA

20 NOV 2017

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Diogo de S. Melo

Prontuário: _____

Data: 1/1/17 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

- Fract. fechada distal de clavícula
(E) C/ Parcialmente p/ tratamento
conservador.

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

- Ao ambulatório de Egresso Co 16
De 14/17

TRATAMENTO REALIZADO:

- Tratamento Conservador

Alta Hospitalar: Data: 30,07/17 Hora: _____

Dr. Fernando H. de S. Melo
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PE: 20136

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

ARUANA SEGUROS
20 NOV 2017



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.090.168

06/01/2015

<< TIAGO DA SILVA MELO >>

<< JOÃO BEZERRA DE MELO >>

<< MARIA DO CARMO DA SILVA >>

CARUARU - PE

19/11/1995

0022600 16 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE >>

LEI Nº 13.042/2001

F-64 42.155 - 4331

CÓDIGO DE CONTROLE
B993.6BB2.6C28.9056

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 10:33:18 do dia 25/05/2015 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-5

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TIAGO DA SILVA MELO

19/11/1995

132.707.034-06

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

ARUANA SEGUROS

2 0 NOV 2017

6.274.229 28/11/2011

<< ROSEVERE FORMOSINA DA SILVA >>

<< SEVERINO FIRMINO DA SILVA >>

<< MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA >>

CARUARU - PE 11/01/1973

<< 074195 01 55 1990 3 00009 024
0004539 96 CARUARU - PE >>

529.462.994-04

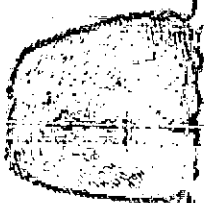
ASSINATURA DO TITULAR

F-47 5-969

Documentos de Identificacao



ROSEVERE FORMOSINA DA SILVA

10203

ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013153379849
VIA: Cód. RENAVAL: 1 529825046 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO: 2017

ADRIANO DA SILVA MEDEIROS

S C CAPIBARIBE-PE

CPF / CNPJ: 093.458.824-50 PLACA: BGF3365

PLACA ANT / UF: ***** / PE

ESPECIE TIPO: B2S / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

ANO FAB: 2013 ANO MOD: 2013

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

CATEGORIA: PARTIC

VENÇ. COTA ÚNICA: 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 10F (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$): 10F (R\$)

SEM RESERVA

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DIRETORIA RESIDENCIAL DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAUO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013153379849 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ADRIANO DA SILVA MEDEIROS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 11/05/17

OPF / CNPJ: 093.458.824-50 PLACA: BGF3365

RENAVAM: 529825048

ANO FAB: 2013

PREMIO TARIFARIO

DETRAN (R\$)

OF (R\$)

SEGURO PAGO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 02.342.000001-04

ADRIANO DA SILVA MEDEIROS

SEGURO DPVAT

ARUANA SEGUROS
20 NOV 2017



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA TIAGO DA SILVA MELO
DATA DO ACIDENTE 30/04/14 CPF DA VITIMA 132.207.034-06
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Donatário da mãe de sobrevivente
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR Rua Ste. Cecília 300 Vitor
Nº 200 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Id. Penadouras
CIDADE Campana UF RS CEP 55038-180
E-MAIL ter.meevalho.com@netline.br 99064678

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ INIA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIDÃO VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.594/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20.11.14
IDENTIDADE 6.274.249
ASSINATURA Antonio de Fátima

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA NA SEGURADORA

DATA 20.11.2017
NOME ARUANA SEGURO
ASSINATURA [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170622436 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO DA SILVA MELO **Data do acidente:** 30/07/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170622436

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TIAGO DA SILVA MELO

Data do acidente: 30/07/2017

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise da clavícula esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere dor no ombro esquerdo e em região escapular aos esforços. Ao exame apresenta limitação moderada de todos os movimentos do ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização em oito e tratamento fisioterápico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

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

PRESTADOR

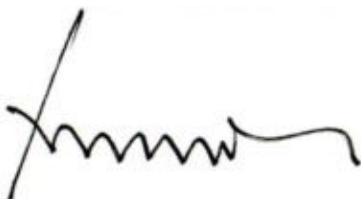
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(vítima /beneficiário)

NOME: Tiago da Silva Melo

IDENTIDADE: 40.090.168 CPF: 432.707.034-06

EST.CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Altenando

ENDEREÇO: Rua Maria da Soledade Araújo Flor. N: 51

BAIRRO: Bela Vista CIDADE Santa Cruz do Arap. UF PE.

DATA DA ENTRADA DO HOSPITAL: 30.07.2017

OUTORGADO:(procurador)

NOME: Rosemery Fommerino da Silva

IDENTIDADE: 6274229 CPF: 628.462.994-04

EST. CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Altenando

ENDEREÇO: Rua Santa Maria da Boa Vista N: 700

BAIRRO: Jardim Panorama CIDADE: Caruaru UF PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A
QUEM CONFIO PODERES ESPECIAL PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA
LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT, COMO PODENDO SOLICITAR COPIA DO
PRONTUARIU DO HOSPITAL DA RESTAUAÇÃO OU QUASQUER OUTRO HOSPITAL.



Tiago da Silva Melo

03.11.17



OBSUS

Reconhecimento de assinatura
por autenticidade.

ARUANA SEGUROS
20 NOV 2017

 **CARTORIO ARRUDA - CARTORIO NOTARIAL E REGISTRAL DA COMARCA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE**
Endereço: RUA DA CRUZ DO CAPIBARIBE, 100 - Santa Cruz do Capibaribe - PE 55040-000. Telefone: (081) 3721-0900. E-mail: cartorio@arruda.com.br

Atestando a autenticidade da(s) firma(s) de: **TIAGO DA SILVA TEIXEIRA**
Selo: 03/11/2017 16:15:05
Assinado digitalmente por: **TIAGO DA SILVA TEIXEIRA**
Em testemunho da verdade.

Emolumentos: R\$ 3,80 - ITR: R\$ 0,78 - ISS: R\$ 0,19 - Total a Pagar: R\$ 4,77
Consulte a autenticidade em: www.tpe.jus.br/selodigital - Oper. 10403

ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017

CARTÓRIO ARRUDA - CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL DA COMARCA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
PAULA HELENE CORREIA DE ARRUDA GOMES E CONJUGES MARIA ROSELIANA SOUSA DE ARRUDA E CONJUGES MARIE HELENE CORREIA DE ARRUDA E CONJUGES
MARIE RANGEL DE ARRUDA GOMES E CONJUGES - Nº 1534 - Cartório Santa Cruz do Capibaribe - PE - CEP: 55010-700 - Fone: (081) 274-1574

DECLARAR a autenticidade a(s) firma(s) de: **TIAGO DA SILVA MELO**
 selo: 03/11/2017 14:15:05
 com re: Santa Cruz do Capibaribe - 03/11/2017 14:15:05

Eu, **Paula Heleane Corra de Arruda**, da verdade, **Paula Heleane Corra de Arruda**
 empolventos: R\$ 4,88 - INR: R\$ 78 - ISS: R\$ 0,19 - Totaliza Pagar: R\$ 4,66

Consulte autenticidade em: www.tiagopius.br/selo/digital Oper. **TIAGO**

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(vitima /beneficiário)

NOME: Trago da Silva Melo

IDENTIDADE: 40.090.168 CPF: 132.707.034-06

EST.CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Altenando

ENDEREÇO: Rua Maria da Soane Trago Flor. N: 51

BAIRRO: Bela Vista CIDADE Santa Cruz do Cap. UF PE.

DATA DA ENTRADA DO HOSPITAL: 30.07.2017

OUTORGADO:(procurador)

NOME: Rosmery Formosa da Silva

IDENTIDADE: 6274229 CPF: 628.462.994-04

EST. CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Altenando

ENDEREÇO: Rua Santa Maria da Boa Vista N: 700

BAIRRO: Fardim Panorama CIDADE: Lauro de UF PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A
QUEM CONFIO PODERES ESPECIA PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA
LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT, COMO PODENDO SOLICITAR COPIA DO
PRONTUARIU DO HOSPITAL DA RESTAUÇÃO OU QUASQUER OUTRO HOSPITAL.



Trago da Silva Melo

03 11 17

OBSUS

Reconhecimento de assinatura

em 11.11.2017

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **TIAGO DA SILVA MELO** Sinistro: **3170622436** Data: **30/07/2017**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA MARIA DO SOCORRO ARAGÃO FLORENCIO, 51, CASA - BELA VISTA - Santa Cruz do Capibaribe - PE - CEP 55192-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS / PE**] **10090168**

Data local do exame: [**06/12/2017**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura da diáfise da clavícula esquerda. . Vítima refere dor no ombro esquerdo e em região escapular aos esforços. Ao exame apresenta limitação moderada de todos os movimentos do ombro esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização em oito e tratamento fisioterápico.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dra. Ana Maria Barros Falcao
CPF: 276.995.874-72
CRM: 8978-PE