



17/06/2019

Número: **0001284-63.2019.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **21/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TIAGO DA SILVA MELO (AUTOR)		JECIANE DO NASCIMENTO FERREIRA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		FABIO ROBERTO BARBOSA SILVA (ADVOGADO) RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46781 211	17/06/2019 14:34	2577756_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.PDF	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARUARU/PE

Processo: 00012846320198172480

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **TIAGO DA SILVA MELO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CARUARU, 7 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/06/2019 14:34:57
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061714345773700000046068085>
Número do documento: 19061714345773700000046068085



17/06/2019

Número: **0001284-63.2019.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **21/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TIAGO DA SILVA MELO (AUTOR)		JECIANE DO NASCIMENTO FERREIRA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		FABIO ROBERTO BARBOSA SILVA (ADVOGADO) RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46781 210	17/06/2019 14:34	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: 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

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

Pag. 01595/01596 - carta_01 - INVALIDEZ



00020798



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

Pag. 00011/00012 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12049305



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12115315

A/C: 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

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.

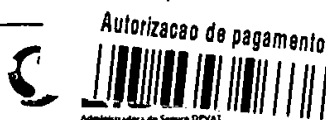
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01475/01476 - carta_15R - INVALIDEZ

00010738





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
EM 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 Florêncio	0054	Loja
Bairro	Cidade	Estado
Bela Vista	Santa Cruz do Capibaribe	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
roberto.menezes@yale.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) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

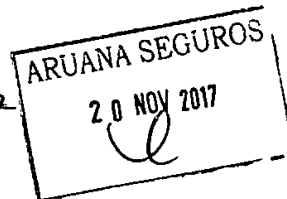
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
1038 013.34680 4
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

- ☐ 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

FAPPF.001 V001/2017





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: ~~20200~~

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

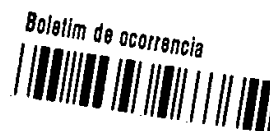
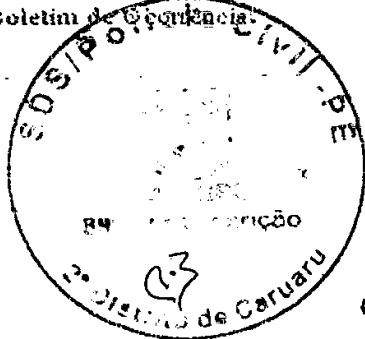
ARUANA SEGUROS

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 CAPIMARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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: 19/11/1995
Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **19900192/SDS/PE (RG), 13270793486 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **- 996154327**

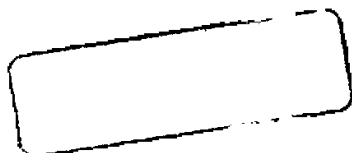
Endereço Residencial: **RUA MARIA DO SOCORRO A FLORENCIO, 51 - CEP: 9 - Bairro: BELA VISTA - SANTA CRUZ DO CAPIMARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

- Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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



number of trials



GOVERNOR DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DO PARANÁ
DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CURITIBA

~~BOLÉTIM DE OCORRÊNCIA Nº 17200470068-3~~

09:33

Copyright © 2000 by John Wiley & Sons, Inc.

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Colisão (Consumador)

- АТЛА СУРАД ЛУЧШЕ - П. БОДАНЕ БОЛ АУА ЛОДОНЕ БОЛ БОДОНЕ БОЛ
 ЛУЧШЕ БОЛ БОДОНЕ БОЛ БОДОНЕ БОЛ БОДОНЕ БОЛ БОДОНЕ БОЛ
 БОДОНЕ БОЛ БОДОНЕ БОЛ БОДОНЕ БОЛ БОДОНЕ БОЛ БОДОНЕ БОЛ

LAZARUS SECURITY
20 NOV 05

[illegible]

(ATTORNEY GENERAL,
UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE)

Udowodnij, że dla dowolnych liczb rzeczywistych a, b, c zachodzi:

[illegible]

Qualifications (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k) (l) (m) (n) (o) (p) (q) (r) (s) (t) (u) (v) (w) (x) (y) (z) (aa) (ab) (ac) (ad) (ae) (af) (ag) (ah) (ai) (aj) (ak) (al) (am) (an) (ao) (ap) (aq) (ar) (as) (at) (au) (av) (aw) (ax) (ay) (az) (ba) (bb) (bc) (bd) (be) (bf) (bg) (bh) (bi) (bj) (bk) (bl) (bm) (bn) (bo) (bp) (bq) (br) (bs) (bt) (bu) (bv) (bw) (bx) (by) (bz) (ca) (cb) (cc) (cd) (ce) (cf) (cg) (ch) (ci) (cj) (ck) (cl) (cm) (cn) (co) (cp) (cq) (cr) (cs) (ct) (cu) (cv) (cw) (cx) (cy) (cz) (da) (db) (dc) (dd) (de) (df) (dg) (dh) (di) (dj) (dk) (dl) (dm) (dn) (do) (dp) (dq) (dr) (ds) (dt) (du) (dv) (dw) (dx) (dy) (dz) (ea) (eb) (ec) (ed) (ee) (ef) (eg) (eh) (ei) (ej) (ek) (el) (em) (en) (eo) (ep) (eq) (er) (es) (et) (eu) (ev) (ew) (ex) (ey) (ez) (fa) (fb) (fc) (fd) (fe) (ff) (fg) (fh) (fi) (fj) (fk) (fl) (fm) (fn) (fo) (fp) (fq) (fr) (fs) (ft) (fu) (fv) (fw) (fx) (fy) (fz) (ga) (gb) (gc) (gd) (ge) (gf) (gg) (gh) (gi) (gj) (gk) (gl) (gm) (gn) (go) (gp) (gq) (gr) (gs) (gt) (gu) (gv) (gw) (gx) (gy) (gz) (ha) (hb) (hc) (hd) (he) (hf) (hg) (hh) (hi) (hj) (hk) (hl) (hm) (hn) (ho) (hp) (hq) (hr) (hs) (ht) (hu) (hv) (hw) (hx) (hy) (hz) (ia) (ib) (ic) (id) (ie) (if) (ig) (ih) (ii) (ij) (ik) (il) (im) (in) (io) (ip) (iq) (ir) (is) (it) (iu) (iv) (iw) (ix) (iy) (iz) (ja) (jb) (jc) (jd) (je) (jf) (jg) (jh) (ji) (jj) (jk) (jl) (jm) (jn) (jo) (jp) (jq) (jr) (js) (jt) (ju) (jv) (jw) (jx) (jy) (jz) (ka) (kb) (kc) (kd) (ke) (kf) (kg) (kh) (ki) (kj) (kk) (kl) (km) (kn) (ko) (kp) (kq) (kr) (ks) (kt) (ku) (kv) (kw) (kx) (ky) (kz) (la) (lb) (lc) (ld) (le) (lf) (lg) (lh) (li) (lj) (lk) (ll) (lm) (ln) (lo) (lp) (lq) (lr) (ls) (lt) (lu) (lv) (lw) (lx) (ly) (lz) (ma) (mb) (mc) (md) (me) (mf) (mg) (mh) (mi) (mj) (mk) (ml) (mm) (mn) (mo) (mp) (mq) (mr) (ms) (mt) (mu) (mv) (mw) (mx) (my) (mz) (na) (nb) (nc) (nd) (ne) (nf) (ng) (nh) (ni) (nj) (nk) (nl) (nm) (nn) (no) (np) (nq) (nr) (ns) (nt) (nu) (nv) (nw) (nx) (ny) (nz) (oa) (ob) (oc) (od) (oe) (of) (og) (oh) (oi) (oj) (ok) (ol) (om) (on) (oo) (op) (oq) (or) (os) (ot) (ou) (ov) (ow) (ox) (oy) (oz) (pa) (pb) (pc) (pd) (pe) (pf) (pg) (ph) (pi) (pj) (pk) (pl) (pm) (pn) (po) (pp) (pq) (pr) (ps) (pt) (pu) (pv) (pw) (px) (py) (pz) (qa) (qb) (qc) (qd) (qe) (qf) (qg) (qh) (qi) (qj) (qk) (ql) (qm) (qn) (qo) (qp) (qq) (qr) (qs) (qt) (qu) (qv) (qw) (qx) (qy) (qz) (ra) (rb) (rc) (rd) (re) (rf) (rg) (rh) (ri) (rj) (rk) (rl) (rm) (rn) (ro) (rp) (rq) (rr) (rs) (rt) (ru) (rv) (rw) (rx) (ry) (rz) (sa) (sb) (sc) (sd) (se) (sf) (sg) (sh) (si) (sj) (sk) (sl) (sm) (sn) (so) (sp) (sq) (sr) (ss) (st) (su) (sv) (sw) (sx) (sy) (sz) (ta) (tb) (tc) (td) (te) (tf) (tg) (th) (ti) (tj) (tk) (tl) (tm) (tn) (to) (tp) (tq) (tr) (ts) (tt) (tu) (tv) (tw) (tx) (ty) (tz) (ua) (ub) (uc) (ud) (ue) (uf) (ug) (uh) (ui) (uj) (uk) (ul) (um) (un) (uo) (up) (uq) (ur) (us) (ut) (uu) (uv) (uw) (ux) (uy) (uz) (va) (vb) (vc) (vd) (ve) (vf) (vg) (vh) (vi) (vj) (vk) (vl) (vm) (vn) (vo) (vp) (vq) (vr) (vs) (vt) (vu) (vv) (vw) (vx) (vy) (vz) (wa) (wb) (wc) (wd) (we) (wf) (wg) (wh) (wi) (wj) (wk) (wl) (wm) (wn) (wo) (wp) (wq) (wr) (ws) (wt) (wu) (wv) (ww) (wx) (wy) (wz) (xa) (xb) (xc) (xd) (xe) (xf) (xg) (xh) (xi) (xj) (xk) (xl) (xm) (xn) (xo) (xp) (xq) (xr) (xs) (xt) (xu) (xv) (xw) (xx) (xy) (xz) (ya) (yb) (yc) (yd) (ye) (yf) (yg) (yh) (yi) (yj) (yk) (yl) (ym) (yn) (yo) (yp) (yq) (yr) (ys) (yt) (yu) (yv) (yw) (yx) (yy) (yz) (za) (zb) (zc) (zd) (ze) (zf) (zg) (zh) (zi) (zj) (zk) (zl) (zm) (zn) (zo) (zp) (zq) (zr) (zs) (zt) (zu) (zv) (zw) (zx) (zy) (zz)

[illegible][illegible][illegible]

(continued from page 6)



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopoi/xmi/BO2Preview.html

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: **PGF3265** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **829226242** Chassi: **8C2KDO660DR363400**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

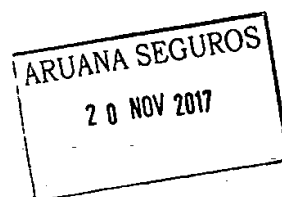
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA 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 25150, SENDO TRANSFERIDA DE IMEDIATO AO HRA DE CARUARU PE, DANDO ENTRADA CONFORME PRONTUÁRIO 392575, APRESENTANDO FRATURA EM SEU OMBRO ESQUERDO, FICANDO SOB CUIDADOS MÉDICOS. NADA MAIS DIGNO 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: **889.997-5/AGP**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://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 interdita 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

Trigo 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

E-mail

Telefone (DDD)

Dedaro, 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:

Assinar 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.

Dedaro 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

* Trigo da Silva Melo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



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

UPA
24h

PACIENTE: Ma Data: 30/07/17 Hora: 10:50 min
Nome: Diogo da Silva Melo Nº do Prontuário: _____
RG: 10.090.168 Idade: _____ Nascimento: 19/11/95 Nº SUS: 165647459240007
Estado Civil: sol Profissão: Estimado Fone: () _____
Endereço: R. M^o do Socorro A. Florêncio 51 Bairro: São Miguel
Cidade: SCC 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
100 x 60 T: _____ HGT: _____ FC: _____ 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();
Inresponso 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:

Politraumatizado 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 (); TCE 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:

em via clareando após quinde

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;
diarréia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamento;
Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ().

OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐ENCAMINHADO: *Kel Sol* nrm ASS. ENCARIMBO:

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL:

MÉDICO:

Histórico do paciente: *Doença crônica, após acidente de moto*

Doença crônica, após acidente de moto
Doença crônica, após acidente de moto
Doença crônica, após acidente de moto
Doença crônica, após acidente de moto

Exame físico: *Doença crônica, após acidente de moto*

Hipótese diagnóstica

Conduta:

ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017

CÓPIA AUTORIZADA



COMPESA - 09.769.035/0001-64

EXTRATO DE DÉBITO

ESCRITÓRIO

ROTA

INSCRIÇÃO		NOME DO USUÁRIO		CPF/CNPJ		MATRÍCULA	
125.190.066.0214.000		MÁRIA DO CARMO DA SILVA		014.773.294-80		103678360	
ENDEREÇO DO IMÓVEL		R MARIA DO SOCORRO ARAGAO FLORENCIO, N. 00051 - BELA VISTA SANTA CRUZ DO		82114906			
SA	SE	ECONOMIA	RES.	COM.	IND.	PÚBL.	TIPO DE CONS.
3	1		001				NORMAL
		DATA EMISSÃO		NÃO RECEBER APÓS			
		13/09/2017		20/09/2017			

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

Comprovante de residência



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

VALOR A PAGAR 43,38

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



VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017



DADOS DO CLIENTE
JOELSON TIEURU OLIVEIRA LOPES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA STA MARIA BOJA VISTA 700

CPF 028 213 304-21

JARDIM PAMAPAMACUARI
CARUARU PE
55033-190

CLASSIFICAÇÃO
E1, RESIDENCIAL
REDE CENTRAL
MONOFÁSICO

NUM. DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
002859522	UNICA	24/10/2017
APRESENTAÇÃO	NUM. DO CLIENTE	NUM. DE INSTALAÇÃO
24/10/2017	2072108925	832582

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Vat)	121,00000000	0,73145003	84,57
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,97
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,48
Contribuição Iluminação Pública			4,11
ICMS Subvenção CDE-NF 002786585-2308/17			1,56

Comprovante de residencia



TOTAL DA FATURA

95,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUM. DO	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	ATUAL	NFCS	CONSTANTE	ADJUTE	CONSUMO (KWH)	
002859522	UNICA	24/10/2017	28/09/2017	28/10/2017	12	100000		121,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO		REGRAS DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano	KWH	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição
OUT/17	121	22,22	25,00	5,56	ICMS
SET/17	124	30,25	1,17	3,54	PIS
AGO/17	218	30,25	5,20	1,57	COFINS
JUL/17	218				
JUN/17	181				
MAY/17	234				
ABR/17	348				
MAR/17	294				
FEB/17	231				
JAN/17	284				
DEZ/16	302				
NOV/16	180				
OUT/16	198				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
No dia da leitura a Bandeira Amarela ou Vermelha é colocada no relógio de medição quando há previsão de consumo elevado devido ao uso de equipamentos de aquecimento, ar-condicionado, chuveiro, máquina de lavar, geladeira, etc. O cliente deve tomar cuidado com o uso desses equipamentos para evitar o consumo excessivo e consequentemente o pagamento de valores adicionais. O cliente deve tomar cuidado com o uso desses equipamentos para evitar o consumo excessivo e consequentemente o pagamento de valores adicionais.

ATENÇÃO: A CDE INFORMA QUE VOCE POSSUI CONTAS EM ABERTO			
NUM. DO	DATA	VALOR	STATUS
2535105017	24/10/2017	210,58	Paga

CORREÇÃO E PREVIDÊNCIA DAS INTERVENÇÕES			
CONSUMO	VALOR	LIMITES	LIMITES
CONSUMO	1,29	5,31	10,62
PRE	1,00	3,25	6,47
DEMO	1,29	3,03	6,06

LIMITE DE R\$ 12,22 (Doze reais e dois centavos) - Valor do Preço de Venda da Unidade de Medição (VPM) - R\$ 25,35

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



ARUANA SEGUROS
20 NOV 2017

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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 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 COAF**².

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 Rozemere Fernandes da Silva inscrito (a) no CPF 628.462.994-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Trigo da Silva Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 132.707.034-06 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vitima Trigo 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:

☐ Recuso informar

Declaracao Circular SUSEP 445/1



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>Parque Panorama</u>	<u>Parauari</u>	<u>PE</u>	<u>55038-180</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>rozemere2002@yahoo.com.br</u>		<u>(81) 9-9616-4678</u>	<u>81-9-9215-1674</u>

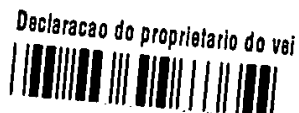
Parauari PE, 21 de Novembro de 2017
Local e Data

Rozemere Fernandes da Silva
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017

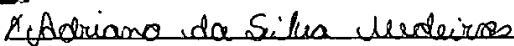




Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Adriano da Silva Medeiros,
RG nº 8434086, data de expedição 21/09/2016
Órgão SAS-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: HONDA / NX R 350 BROS ES
Ano: 2013 / 2013
Placa: P6 F 3365
Chassi: 92K D0550 DR 353409
Data do Acidente: 30.07.2017
Local e Data: 03/11/2017


Assinatura do Declarante

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



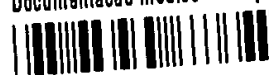
ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017





Documentação médico - hospita



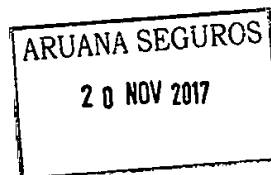
DECLARAÇÃO

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


JOSÉ ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Triago da Silva Melo

Paciente 21a, refre dor
em ombro esquerdo
após acidente de
moto. Nessa parte de consciência
e nada com o
Ao Ex - BEG. Exame
hidratado, consciente e orientado
PA: 120 x 60 mmHg
Sat O2 98% (AA)

- CD: - Analgesia
- Imobilização
- Tranquilização

Traumato - Regional Anest

5223429

Data: 14/06/2017 14:33

Nome:	Rg:
Medicamentos:	
Data:	MÉDICO

CÓPIA AUTORIZADA

ARUANA SEGUROS
20 NOV 2017



Prontuário: 302675

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Visione de accidenti di
uoto, da ho verho e

Еще одно D

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

parte de clausula

Rx ombro izquierdo (ZANCA)
20/05/12

Dieta: /

Horário

(11) Transklypion von "8"

(6) Protonen der elektrischen Dr. fest
oder fest

ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017



4-15-60

[illegible]

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

RG: _____

Endereço: _____

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Nome: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Year	Actual (%)	Projected (%)
1950	7.5	7.5
1960	8.5	8.5
1970	9.5	9.5
1980	10.5	10.5
1990	11.5	11.5
2000	12.5	12.5
2010	-	14.5
2020	-	16.5
2030	-	18.0
2040	-	18.5
2050	-	18.5

Treated the (1000000)

Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Internamento ()

() Curado ☒ Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: 10/11/14 Hora: _____ Medico: _____

7/30/2017 7:37:11 PM DIEGOJLV

SECRET

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:

/ /

Hora:

DIAGNÓSTICO:

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

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

- Ao ambulatório de ortopedia com 10
Dz de alta

TRATAMENTO REALIZADO:

- Tratamento conservador

Alta Hospitalar: Data:

30/07/17

Hora:

Dr. Edmundo Menezes de S. Junior
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PE: 20136

ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



Documentos de identificação



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

<< 07/3050155 1997 1 00020 063

0022600 16 SAVIA CRUZ DO CARIBARIIBE-PE >>

19/11/1995

F-64 42.155 - 4331

CÓDIGO DE CONTROLE

B993.6BB2.6C28.9056

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

www.recelta.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)

digito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-5

TIAGO DA SILVA MELO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

132.707.034-06

Nome

TIAGO DA SILVA MELO

Nascimento

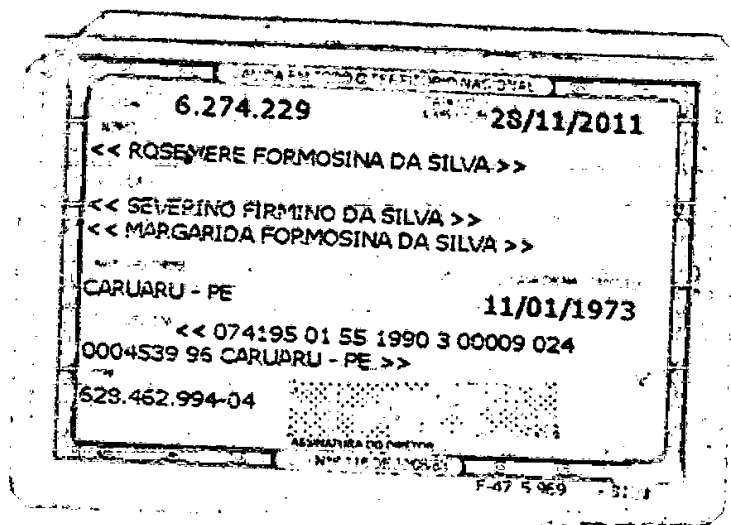
19/11/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

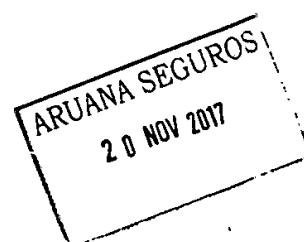
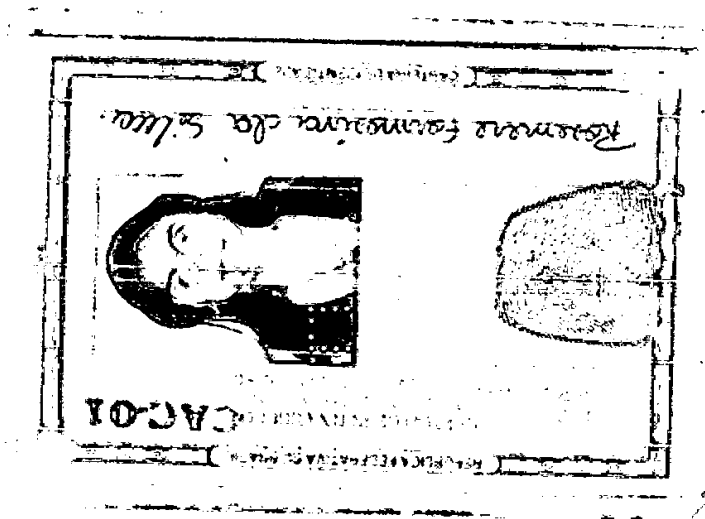
ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017





Documentos de identificação





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE		Nº 013153379849	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	PLA. TRC	EXERCÍCIO
1	529825846	*****	2017
ADRIANO DA SILVA MEDEIROS			
S C CAPIBARIBE-2E			
053-458-824-50	CPF / CNPJ	PLACA	BGF3365
***** / PE	9C2KD0550DR252409	CHASSI	
PA8 / MOTOCICLETA	ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL	
HONDA / NXR150 BROS ES	MARCA / MODELO	ALCO / GASOL	
2E / 149CL	CAP / POT / CIL	ANO FAB	ANO MOD
	CATEGORIA	2013	2013
	COM PREDOMINANTE	VERMELHA	
1	IPVA 2017 QUITADO	VENC / COTAS	1º *****
P	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****	
V	FAIXA IPVA	3º *****	
A	*****		
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
SEGURO PAGO	*****	*****	*****
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
S C CAPIBARIBE		DATA 12/05/17	
Charles Andrews Sousa Ribeiro		Diretor de Residência DETRAN/PE	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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	
S C CAPIBARIBE-PE	
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	11/05/17
RENAVAM	PLACA
053-458-824-50	BGF3365
MARCA / MODELO	BROS ES
HONDA / NXR150	9C2KD0550DR352409
ANO FAB	CHASSI
2013	09
PRÊMIO TARIFÁRIO	
DETRAN (R\$)	IOF (R\$)
*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****
SEGURO PAGO	*****
COTA ÚNICA	PARCELADO
*****	*****
DATA DE QUITAÇÃO	

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 08.348.000/0001-04	
ADRIANO DA SILVA MEDEIROS	
SAC DPVAT 0800 022 1204	

DUT



ARUANA SEGUROS
20 NOV 2017



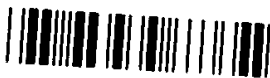
Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

(ID)

Outros



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA TIAGO DA SILVA NELO
DATA DO ACIDENTE 30/01/14 CPF DA VITIMA 138.909.034-06
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO LORENINE FAZANDEIRA DA SILVA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR Rua Ste. Luiza Rua Vitor
Nº 200 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Jd. Iguaçu
CIDADE Curitiba UF PR CEP 55038-180
E-MAIL loreninefazandera@gmail.com TELEFONE (R) 99664678

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
(X) 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)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
(X) 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 ATA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) 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 A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA 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)
(X) CARTÃO DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS 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)
(X) 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 A 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 6.194/74.
- 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 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20.11.14
IDENTIDADE 6274249
ASSINATURA Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA NA SEGURADORA

DANI ARUANA SEGURO
NOME ARUANA SEGURO
ASSINATURA ARUANA SEGURO

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(vitima /beneficiário)

NOME: Trigo da Silva Melo

IDENTIDADE: 40.090.168 CPF: 132.707.034-06

EST.CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Atendente

ENDEREÇO: Rua Maria da Salina 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: Rosane Formosinho da Silva

IDENTIDADE: 6274229 CPF: 628.462.994-04

EST. CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Atendente

ENDEREÇO: Rua Santa Maria da Boa Vista N: 700

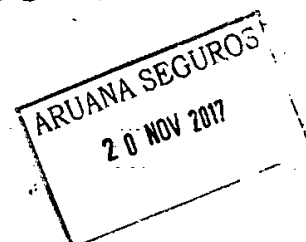
BAIRRO: Jardim Panorama CIDADE: Laranjeiras UF: PE.

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
PRONTUÁRIO DO HOSPITAL DA RESTAURACÃO OU QUASQUER OUTRO HOSPITAL.



Trigo da Silva Melo

03.11.17



OBSUS

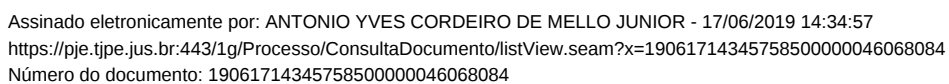
complemento de assinatura
e autenticidade.



ARUANA SEGUROS
20 NOV 2017



ARUANA SEGUROS
20 NOV 2017

[illegible]

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(vítima /beneficiário)

NOME: Teogo da Silva Melo

IDENTIDADE: 40.090.468 CPF: 432.707.034-06

EST.CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Altenista

ENDEREÇO: Rua Maria da Soledade nº 51

BAIRRO: Bela Vista CIDADE: Santa Cruz do Sul UF: PE

DATA DA ENTRADA DO HOSPITAL: 30.07.2017

OUTORGADO:(procurador)

NOME: Rosemery Fournier da Silva

IDENTIDADE: 6274229 CPF: 628.462.994-04

EST. CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Altenista

ENDEREÇO: Rua Santa Maria da Boa Vista N: 700

BAIRRO: Ferdin Panoramica CIDADE: Lauro de Freitas 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 .



03 11 17

OBSUS

Desempenho de assinatura

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/06/2019 14:34:57

**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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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 Falcão
CPF: 278.995.874-72
CRM: 8978-PE

Ana Maria Barros Falcão - CRM: 8978 - PE

