



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) |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)          |                |
| Documentos                                           |                    |                                                     |                |
| Id.                                                  | Data da Assinatura | Documento                                           | Tipo           |
| 55489910                                             | 13/12/2019 11:29   | <a href="#">2577756_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_03</a> | 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, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,  
Pede Juntada.

CARUARU, 24 de junho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
OAB/PE 4246

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
30225 - OAB/PE





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) |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)      |                    |
| Documentos                                           |                    |                                                 |                    |
| Id.                                                  | Data da Assinatura | Documento                                       | Tipo               |
| 55489911                                             | 13/12/2019 11:29   | <a href="#">ANEXO 1</a>                         | 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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br).

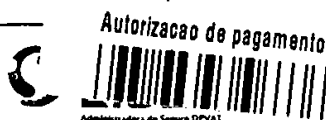
Atenciosamente,

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 | 0051                     | Loja           |
| Bairro                                | Cidade                   | Estado         |
| Bela Vista                            | Santa Cruz do Capibaribe | PE             |
| Email                                 | CEP                      | Telefone (DDD) |
| roberto.menezes@alco.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](http://www.caixa.gov.br)

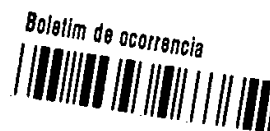
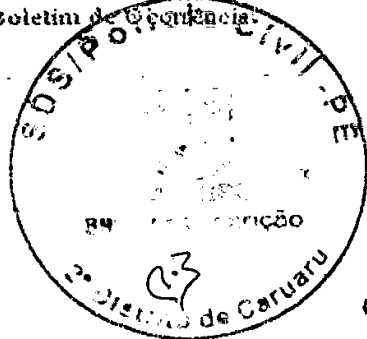
ARUANA SEGUROS

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:**

**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: 19/11/1995**  
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**

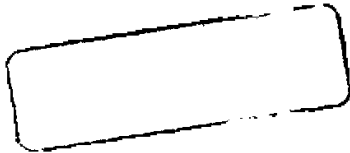
- Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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



Assinatura do Autor

Assinatura do Autor



2

GOVERNO DO ESTADO DO PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DO PERNAMBUCO  
INTERIORE - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1750042006274

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/12/2017 às 09:33

Complemento do BO número 1750042006274

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Choque (Consumação)  
que aconteceu no dia 30/12/2017 às 12:10

Local de ocorrência: Rua José Chagas, 1 - Bairro: Cruz Alta -  
Santa Cruz do Capibaribe/PE - Brasil

14/12/2017 11:29:26

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CAVALO DA SILVA MELO (VÍTIMA)  
(AUTOR ACIDENTE)

Oposto(s) envolvido(s) na ocorrência:

CAVALO DA SILVA MELO (VÍTIMA)  
(AUTOR ACIDENTE)

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

CAVALO DA SILVA MELO (VÍTIMA) - Sexo: Masculino, Data de Nascimento: 14/12/1988, Estado Civil: Casado, Nacionalidade: Brasileira, Profissão: Motorista, Endereço: Rua José Chagas, 1 - Cruz Alta - Santa Cruz do Capibaribe/PE - Brasil. Telefone: 3333-3333.

CAVALO DA SILVA MELO (VÍTIMA) - Sexo: Masculino, Data de Nascimento: 14/12/1988, Estado Civil: Casado, Nacionalidade: Brasileira, Profissão: Motorista, Endereço: Rua José Chagas, 1 - Cruz Alta - Santa Cruz do Capibaribe/PE - Brasil. Telefone: 3333-3333.

Outros dados fornecidos:

Assinatura do Autor: [Assinatura]



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: **829826848** Chassi: **8C2KDO660DR363488**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

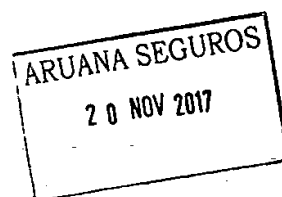
**Complemento / Observação**

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**



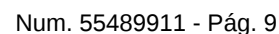
1

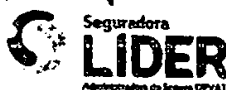
SECRET

DE RESOLUÇÃO DO CASO AFETO A DELTA DE SANTA CRUZ DO CAPANGARÉ, PE-  
LO JUIZ DE PAZ DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPANGARÉ, EM 22 DE  
JULHO DE 1960, COM FUNDAMENTO NOS ARTOS 130, 131, 132, 133, 134,  
135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148,  
149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162,  
163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176,  
177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190,  
191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204,  
205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218,  
219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232,  
233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246,  
247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260,  
261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274,  
275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288,  
289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302,  
303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316,  
317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330,  
331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344,  
345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358,  
359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372,  
373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386,  
387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400,  
401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414,  
415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428,  
429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442,  
443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456,  
457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470,  
471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484,  
485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498,  
499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512,  
513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526,  
527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540,  
541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554,  
555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568,  
569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582,  
583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596,  
597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610,  
611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624,  
625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638,  
639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652,  
653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666,  
667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680,  
681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694,  
695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708,  
709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722,  
723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736,  
737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750,  
751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764,  
765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778,  
779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792,  
793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806,  
807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820,  
821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834,  
835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848,  
849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862,  
863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876,  
877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890,  
891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904,  
905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918,  
919, 920, 921, 922

OLIM AVIIS AC GOAIT  
(AMITIV.

SECRET





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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:

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.

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

\* Tiago 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<sup>o</sup> 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 ( ); TCS 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 ( ).

025-

On the charcoal apr guide

**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:                      ním ASE ESCARIMBO

**ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL:**

**MÉDICO:**

Histórico do paciente: Dou aneurisma na aorta abdominal e está apresentando

Exame Físico: Desempenho Aug 2019 exp. Im

### Hipótese diagnóstica

**Conduta:**

**ARUANA SEGUROS**

20 NOV 2017

~~CONFIDENTIAL~~





COMPESA - 09.769.035/0001-64

## EXTRATO DE DÉBITO

ESCRITÓRIO

ROTA

|                      |    |                                                                          |      |                |      |           |               |              |                  |       |  |
|----------------------|----|--------------------------------------------------------------------------|------|----------------|------|-----------|---------------|--------------|------------------|-------|--|
| INSCRIÇÃO            |    | NOME DO USUÁRIO                                                          |      | CPF/CNPJ       |      | MÁTRICULA |               |              |                  |       |  |
| 125.190.066.0214.000 |    | MÁTRICULA                                                                |      | 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. | DATA EMISSÃO | NÃO RECEBER APÓS |       |  |
| 3                    | 1  |                                                                          | 001  |                |      |           | NORMAL        | 13/09/2017   | 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            | NÃO RECEBER APÓS | MÁTRICULA | 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







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 SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 / 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 / 06 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vitima Trigo da Silva Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 132.707.034-06 / 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>  |

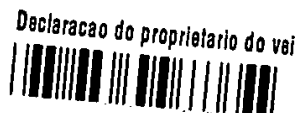
Parauari PE, 21 de Novembro de 2017  
Local e Data

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: PONDA / NX R 350 BROS ES  
Ano: 2013 / 2013  
Placa: P6 F 3365  
Chassi: 9 2K D0550 DR 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 )



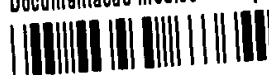
ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017





Documentação médico - hospita



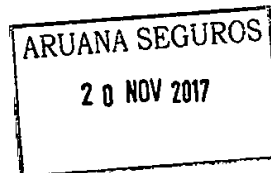
**DECLARAÇÃO**

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





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 cometa  
Ao Exm - BEG. Exm. Exm. Exm.  
hidratado, consciente e curado  
PA: 120 x 60 mmHg  
Sat O2 98% (AA)

- CD: - Analgesia  
- Imobilização  
- Tranquilizante

Traumato - Regional Agudo

5223429

Data: 11/11/2017 14:00

|               |        |
|---------------|--------|
| Nome:         | Rg:    |
| Medicamentos: |        |
| Data:         | MÉDICO |

CÓPIA AUTORIZADA

ARUANA SEGUROS  
20 NOV 2017



# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 341284 Prontuário: 302675

Nome: TIAGO DA SILVA MELO  
 Data Nasc.: 19/11/1995 Idade: 21 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:  
 CPF: RG: CNS: 165647459240007  
 Endereço: RUA MARIA DO SOCORRO ARAGAO FLORENCIO Nº: 51  
 Bairro: SAO MIGUEL Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE Estado: PE  
 CEP: 55190000 Fone: 91152360 Profissão: AUTONOMO  
 Nome da Mãe: MARIA DO CARMO DA SILVA  
 Acompanhante:  
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA  
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

|                                                                          |                        |                            |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------|
| 2 - ATENDIMENTO                                                          | Data: 30/07/2017 19:36 | Médico: MEDICO PLANTONISTA |
| Queixa Principal / HDA: <i>Vítima de acidente de moto, da no ombro e</i> |                        |                            |
| Exame Físico: <i>Edema ombro</i> PA: _____ FC: _____ FR: _____           |                        |                            |
| Diag. Provisório: <i>Patma de clavícula</i>                              |                        |                            |
| Rx ombro esquerdo (ZAUCA) <i>20/07/17</i>                                |                        |                            |

| Prescrição: |                                              | Dieta: _____ |
|-------------|----------------------------------------------|--------------|
| Data        |                                              | Horário      |
|             | <i>1) Transiluzação com "X"</i>              |              |
|             | <i>2) Placas de enrijecimento do pescoço</i> |              |
|             | <i>com 100g</i>                              |              |
|             |                                              |              |
|             |                                              |              |
|             |                                              |              |
|             |                                              |              |
|             |                                              |              |
|             |                                              |              |
|             |                                              |              |

1 de 2

ARUANA SEGUROS

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 M. 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

19/11/1995

0022600 16 SAVIA CRUZ DO CARIBARIIBE-PE >>

LEI Nº 13.127/2014

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

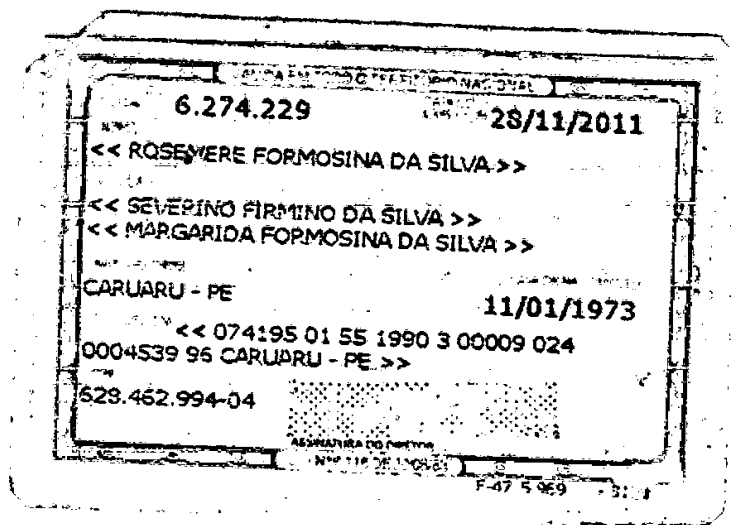
19/11/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

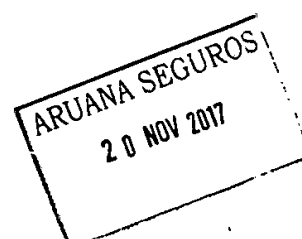
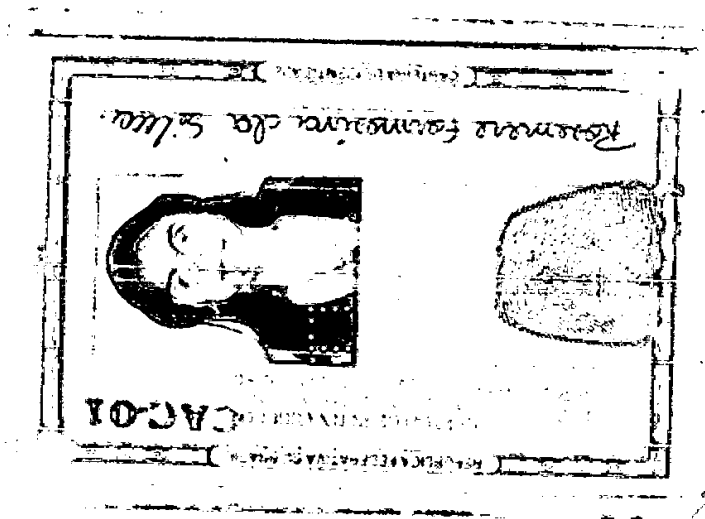
ARUANA SEGUROS

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. RENAVAL         | FLATRG                          | EXERCÍCIO          |
| 1                                                  | 529825846            | *****                           | 2017               |
| ADRIANO DA SILVA MEDEIROS                          |                      |                                 |                    |
| S C CAPIBARIBE-2E                                  |                      |                                 |                    |
| 053-458-824-50                                     | CPF/CNPJ             | PLACA                           | BGF3365            |
| *****/PE                                           | 9C2KD0550DR352409    | CHASSI                          |                    |
| PAS /MOTOCICLETA                                   | ESPECIE TIPO         | COMBUSTIVEL                     |                    |
| HONDA/NXR150 BROS ES                               | MARCA/MODELO         | ALCO/GASOL                      |                    |
| 2E/149CL                                           | CAP/POT/CIL          | ANO FAB                         | ANO MOD            |
|                                                    | CATEGORIA            | 2013                            | 2013               |
|                                                    | COM PREDOMINANTE     | VERMELHA                        |                    |
| COTA ÚNICA                                         |                      | VENÇ / COTAS                    |                    |
| 1                                                  | IPVA 2017 QUITADO    | 1*                              | *****              |
| P                                                  | PARCELAMENTO / COTAS | 2*                              | *****              |
| V                                                  | FAIXA IPVA           | 3*                              | *****              |
| A                                                  | *****                |                                 |                    |
| PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)                             |                      | IOF (R\$)                       | PRÊMIO TOTAL (R\$) |
| SEGURC PAGO                                        |                      |                                 |                    |
| SEM RESERVA                                        |                      |                                 |                    |
| OBSERVAÇÕES                                        |                      |                                 |                    |
| S C CAPIBARIBE                                     |                      |                                 |                    |
| Charles Andrews Sousa Ribeiro                      |                      | Diretor de Residência DETRAN/PE |                    |
| 12/05/17                                           |                      | DATA                            |                    |

| SEGURADOR 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                                                                                                                                                     | OPF / CNP              |
| 053-458-824-50                                                                                                                                              | PLACA                  |
| BGF3365                                                                                                                                                     |                        |
| MARCA / MODELO                                                                                                                                              | BROS ES                |
| HONDA/NXR150                                                                                                                                                |                        |
| CHASSI                                                                                                                                                      | 9C2KD0550DR352409      |
| ANO FAB                                                                                                                                                     | 2013                   |
| CHASSI                                                                                                                                                      | 9C2KD0550DR352409      |
| PRÊMIO TARIFÁRIO                                                                                                                                            |                        |
| DETRAN (R\$)                                                                                                                                                | CIJSTO DO SEGURO (R\$) |
|                                                                                                                                                             |                        |
| OP (R\$)                                                                                                                                                    |                        |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)                                                                                                                                      |                        |
| SEGURC PAGO                                                                                                                                                 |                        |
| PAGAMENTO                                                                                                                                                   |                        |
| COTA ÚNICA                                                                                                                                                  | PARCELADO              |
| DATA DE QUITAÇÃO                                                                                                                                            |                        |
| SEGURADORA LÍDER - DPVAT                                                                                                                                    |                        |
| CNPJ 08.348.000/0001-04                                                                                                                                     |                        |
| ADRIANO DA SILVA MEDEIROS                                                                                                                                   |                        |
| SAC DPVAT 0800 022 1204                                                                                                                                     |                        |

ARUANA SEGUROS

20 NOV 2017

DUT





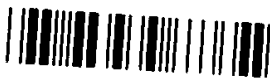
Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

(ID)

Outros



## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA TIAGO DA SILVA NELO  
DATA DO ACIDENTE 30/01/19 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

- ( ) 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) CARTeira 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20.11.19  
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 Salena Aragão Flor. N: 51

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

DATA DA ENTRADA DO HOSPITAL: 30.07.2017

OUTORGADO:(procurador)

NOME: Rosmery Formosinho da Silva

IDENTIDADE: 6274229 CPF: 628.462.994-04

EST. CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Atendente

ENDEREÇO: Rua Santa Maria da Boa Vista N: 700

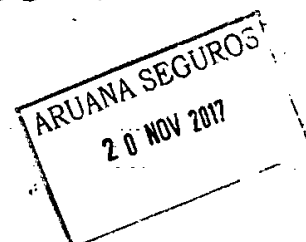
BAIRRO: Jardim Panorama CIDADE: Laranjeiras UF: PE

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.



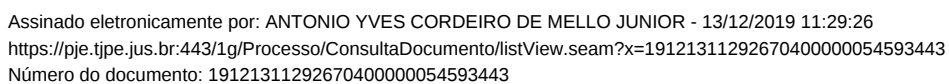
ARUANA SEGUROS  
20 NOV 2017



ARUANA SEGUROS  
20 NOV 2017

**CARTÓRIO ARRUDA** CARTÓRIO NOTARIAL E REGISTRAL DA COMARCA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
SUAZIL, HENRIQUE COSTA DE ALMEIDA RUIZ / Comarca: BARRA D'ÁGUILA PÉROLA DE ARAÚJO / 2ª Subseção: NABRE EM NADO Nº083 CÍVICO 7º JUIZ de Paz / Escrivão:  
MAYR PLACIDE COSTA VASCONCELOS - Rua: Carlos Cordeiro nº 1654 - Cidade: Santa Cruz do Capibaribe - PE - CEP: 55090-290 - Fones: (081) 3704-1531

REDI-FEDE da autenticidade at(s) firma(s) de: TIAGO DA SILVA MELO  
selo: 03/11/2017 14:15:05  
data: 03/11/2017 14:15:05  
Em testemunha da verdade  
Assinatura do Juiz de Paz de Arruda  
Emolumentos: R\$ 1,68 + TAR-R\$ 1,28 = ISS: R\$ 0,19 Totaliza Pagar: R\$ 3,15  
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selo digital Oper.: TIAGO



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE( vítima /beneficiário )

NOME: Teogo da Silva Melo

IDENTIDADE: 40.090.468 CPF: 432.707.034-06

EST.CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Alfomame

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

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

DATA DA ENTRADA DO HOSPITAL: 30.07.2017

OUTORGADO:(procurador)

NOME: Rosemery Formosinho da Silva

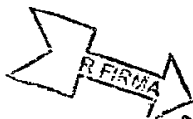
IDENTIDADE: 6274229 CPF: 628.462.994-04

EST. CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Alfomame

ENDEREÇO: Rua Santa Maria da Boa Vista N: 700

BAIRRO: Ferdin Panoramica 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 .



03 11 17

OBSUS

Desconhecimento de assinatura

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/12/2019 11:29:26

**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 opção 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





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) |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)      |                    |
| Documentos                                           |                    |                                                 |                    |
| Id.                                                  | Data da Assinatura | Documento                                       | Tipo               |
| 55489912                                             | 13/12/2019 11:29   | <a href="#">ANEXO 2</a>                         | Outros (Documento) |

|                                                                              |                                        |                              |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Nº DA PARCELA                                                                | DATA DO DEPÓSITO<br>19/06/2019         | AGÊNCIA (PREF / DV)<br>0     | Nº DA CONTA JUDICIAL<br>0         |
| DATA DA GUIA<br>19/06/2019                                                   | Nº DO PROCESSO<br>00012846320198172480 | TIPO DE JUSTIÇA<br>ESTADUAL  |                                   |
| UF/COMARCA<br>PE                                                             | ORGÃO/VARA<br>Vara Cível               | DEPOSITANTE<br>RÉU           | VALOR DO DEPÓSITO (R\$)<br>200,00 |
| NOME DO RÉU/IMPETRADO<br>SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A | TIPO DE PESSOA<br>Jurídica             | CPF / CNPJ<br>09248608000104 |                                   |
| NOME DO AUTOR / IMPETRANTE<br>TIAGO DA SILVA MELO                            | TIPO DE PESSOA<br>FÍSICA               | CPF / CNPJ<br>13270703406    |                                   |
| AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA<br>9A068CF74BC2E872                                  |                                        |                              |                                   |





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) |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)      |                    |
| Documentos                                           |                    |                                                 |                    |
| Id.                                                  | Data da Assinatura | Documento                                       | Tipo               |
| 55489913                                             | 13/12/2019 11:29   | <a href="#">ANEXO 3</a>                         | Outros (Documento) |

## RECIBO DO SACADO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                          |                                                        |                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | 104-0                    | 10498.39291 94000.100043 11310.833774 1 79470000020000 |                                                                                                                       |
| Cedente / Beneficiário<br><b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                          | CPF/CNPJ do Beneficiário<br>00.360.305/0001-04         | Agência / Código do Cedente<br>2717 / 839299                                                                          |
| Nº do documento<br>040005100241906122                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nosso Número<br>14000000113108337-0 | Vencimento<br>11/07/2019 | Valor do Documento<br>200,00                           |                                                                                                                       |
| Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente):<br>TRIBUNAL: TJ PERNAMBUCO<br>COMARCA: CARUARU<br>VARA: CARUARU - 01A VARA CIVEL<br>PROCESSO: 00012846320198172480 N° GUIA: 1<br>JURISDICIONADOS: TIAGO DA SILVA MELO / SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU<br>CONTA: 0051 040 01537398 - 0<br>PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040005100241906122<br>OBS: |                                     |                          |                                                        | (-) Desconto<br>(-) Outras Deduções/Abatimentos<br>(+) Mora/Multa/Juros<br>(+) Outros Acréscimos<br>(=) Valor Cobrado |
| Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                          |                                                        | CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04<br>UF: CEP:                                                                              |
| Sacador/Avalista:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                          |                                                        | CPF/CNPJ:                                                                                                             |

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474 (reclamações não solucionadas e denúncias)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |                         |                                                        |                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       | 104-0                   | 10498.39291 94000.100043 11310.833774 1 79470000020000 |                                                                                                                       |
| Local de pagamento<br>PREFERENCIALMENTE NA REDE LOTERICA OU NAS AGENCIAS DA CAIXA                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                         |                                                        | Vencimento<br>11/07/2019                                                                                              |
| Beneficiário<br><b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                       |                         | CPF/CNPJ do Beneficiário<br>00.360.305/0001-04         | Agência / Código do Cedente<br>2717 / 839299                                                                          |
| Data do documento<br>12/06/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nº do documento<br>040005100241906122 | Espécie de docto.<br>DJ | Aceite<br>S                                            | Data do processamento<br>12/06/2019                                                                                   |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Carteira<br>CR                        | Moeda<br>R\$            | Quantidade                                             | Nosso Número<br>14000000113108337-0                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |                         |                                                        | (=) Valor do Documento<br>200,00                                                                                      |
| Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente):<br>TRIBUNAL: TJ PERNAMBUCO<br>COMARCA: CARUARU<br>VARA: CARUARU - 01A VARA CIVEL<br>PROCESSO: 00012846320198172480 N° GUIA: 1<br>JURISDICIONADOS: TIAGO DA SILVA MELO / SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU<br>CONTA: 0051 040 01537398 - 0<br>PARA ENVIAR TED JUDICIAL, UTILIZAR O ID: 040005100241906122<br>OBS: |                                       |                         |                                                        | (-) Desconto<br>(-) Outras Deduções/Abatimentos<br>(+) Mora/Multa/Juros<br>(+) Outros Acréscimos<br>(=) Valor Cobrado |
| Sacado: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |                         |                                                        | CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04<br>UF: CEP:                                                                              |
| Sacador/Avalista:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                         |                                                        | CPF/CNPJ:                                                                                                             |

Autenticação - Ficha de Compensação

