



Número: **0035242-85.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

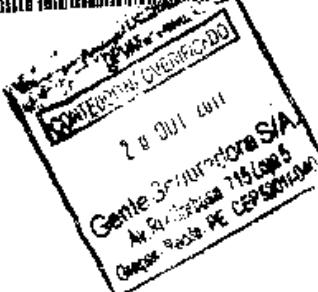
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PATRICIA PEREIRA DE MELO (AUTOR)	VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68151 857	17/09/2020 17:07	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



INSCRIÇÃO	0002517.3	TIPO	RES.	DATA	05/07/2017	TIPO	ECOLOGIA	CONF.	IND.	POP.	OUT.	NOTA	1072117
VALOR	0,00	VALOR	0,00	VALOR	0,00	VALOR	0,00	VALOR	0,00	VALOR	0,00	VALOR	0,00
INSCRIÇÃO DO CONSUMIDOR													
MISTER PEREIRA CAVALCANTI													
RUA DA AURORA 902, CENTRO													
CEP: 55.540-009 PALMARES-PE													
SERVIÇOS E TARIFAS													
COD.	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR										
01	ÁGUA	01/01	21,62										
16	MULTA POR ATRASO - 08/2017	01/01	1,50										
17	ENCARGOS (0002517) 30 DIAS	01/01	1,30										
HIDROMETRIA ULTIMOS CONSUMOS													
LEITURA	DATA	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
ANTERIOR	11/06/17												
ATUAL	19/07/17												
CONSUMO	10	DIAS	000-02										
LEITORIA	07												
MÉDIA: 10 m ³ ABR MAI JUN JUL AGO SET SET LUT													
PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA													
MÉDIA DE CONSUMO: 10 m ³ AGR MAI JUN JUL AGO SET SET LUT													
14	DEBITO (L/S) MÍDIA DE CONSUMO	PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO								
		ATÉ 5m	01	01	13,00								
		06,5m	01	01	6,50								
		07,5m	01	01	7,50								
		08,5m	01	01	8,50								
		09,5m	01	01	9,50								
		10,5m	01	01	10,50								
DEBITO(S): 27,42													
VENCIMENTO: 10/11/2017 VALOR R\$ 27,42													
ESTRUTURA REALIZADA (móvel SEM HIDROMETRICO)													
CONTA CALCULADA COM BASE NA MÉDIA DE CONSUMO.													
SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE PALMARES													
RUA DA PALMA, 90 - CENTRO - PALMARES/PE - CEP: 55540-000													
FONE: (011) 3662-2222 CNPJ: 10.629.314/0001-41													
MISTER PEREIRA CAVALCANTI													
INSCRIÇÃO 0002517-00000170130521													
VENCIMENTO: 10/11/2017 VALOR R\$ 27,42													
INSCRIÇÃO 0002517-00000170130521													
0002517-00000170130521													
82690000000-9 27420136000-6 2517017170-2 1305210000-3													





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 segurado, 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 falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu NATALIE PEREIRA CAVALCANTI, inscrito (a) no CPF sob o N037454688164, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PATRÍCIA PEREIRA DE MELO, inscrito (a) no CPF sob o N094126634163, do sinistro de DPVAT cobertura 1/1/2010 da Vítima Patrícia PEREIRA DE MELO, inscrito (a) no CPF sob o N094126634163, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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.

Enderedo	<u>RUA DA AURORA</u>	CEP	<u>10000-000</u>	Número	<u>1002</u>	Complemento	<u>CASA</u>	
Barrio	<u>centro</u>	Cidade	<u>PALMA AES</u>				CEP	<u>55540-000</u>
Email	<u>motorpererim14@hotmail.com</u>				Telefone (comercial/DDI)	<u>36610313</u>	Telefone celular (DDP)	<u>81997360443</u>

Palmas 24 de fevereiro de 2017
Lucas & Data

Assinatura do Declarante





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDNALDO DA SILVA BARBOSA,

RG nº 8.400 817, data de expedição 20/09/2007

Órgão SAS-PE, portador do CPF nº 09269809482 com domicílio na cidade de CAMPELEIRA, no Estado de

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

ENGENHO PRIMOROSO, nº SN,

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 PATRICIA PEREIRA DE MELLO cujo o condutor era EDNALDO DA SILVA BARBOSA.

Veículo: Moto
Modelo: HONDA POP 100

Ano: 2010

Placa: KHM 5934
Chassi: 9C2MB0210AR514361

Data do Acidente: 17-08-2017

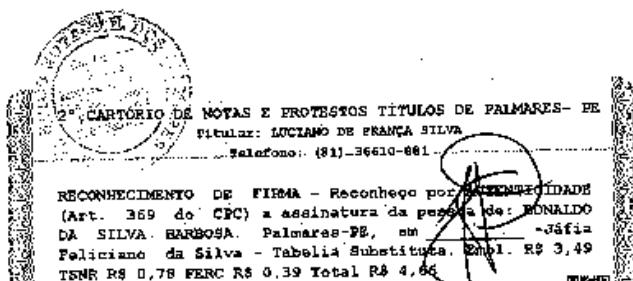
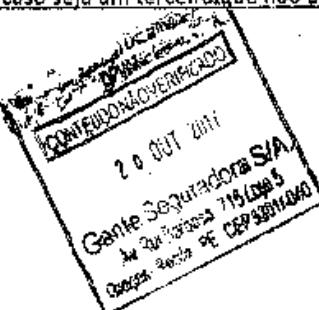
Local e Data: PALMARES - 31/08/2017

Ednaldo da S. Barbosa

Assinatura do Declarante

Ednaldo da S. Barbosa

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



0077560.22F08201710.000970 31/08/2017 15:26:59

Autenticidade em www.tjpe.jus.br/melodigital

Patrícia Renata de Melo.



RECEITUÁRIO

Laudo sledice

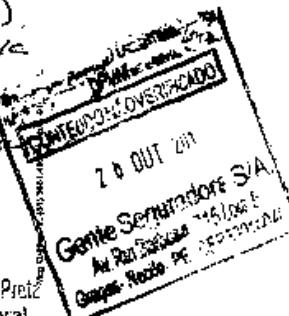
- Pte de 27 aesss de idade
com a p.p de saude acima,
que relata no dia de hoje,
que f. (c.dias) depois um
acidente do moto, o qual
ocorreu fratura do osso
Esferoide, recupera-se
com o S. e é imobilizado
esta volta com o dedo-
ta que atendia a paciente
nos (8 dias) após acidente.
que a lesão do osso
deve pode fgt alguma
mobilidade, só consegue
mobilidade os (5 dedos).
que deve ser usada a
mota deve ser desmontada
e observar. que f. de S.
faz o exame pelo atendente
desta unidade xpnsa.

cpf: 094.126.634-G3.

Prefeitura Mun. de Água Preta
USE - Agrovila Liberal
RR 101 - Água Preta/PE



Aqua Resta 22 (28720f2)





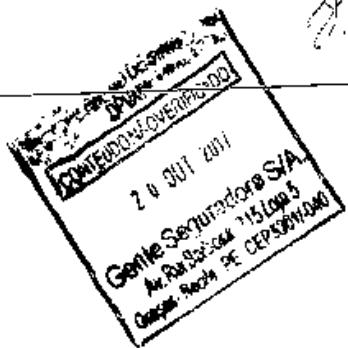
RECEITUÁRIO

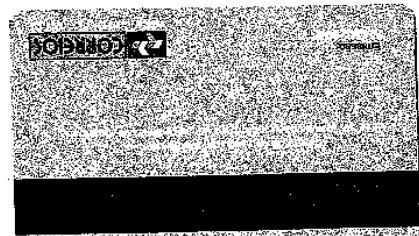
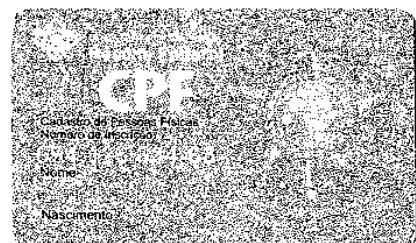
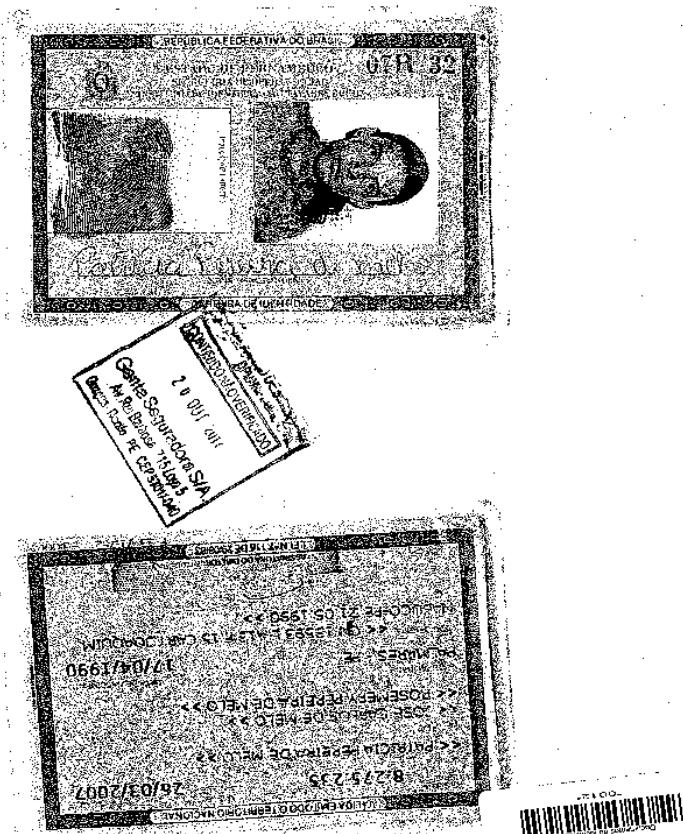
Para Exemplar

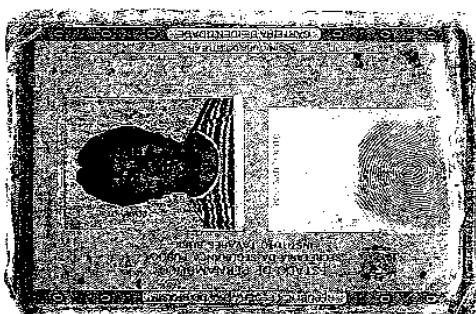
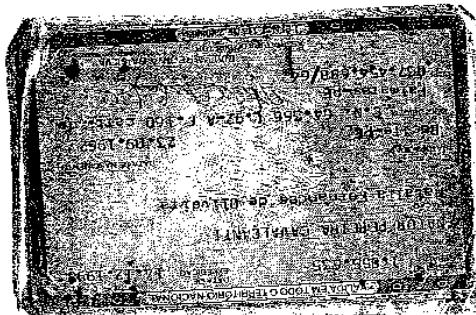
Declaro que fiz a fura
gue Profissão: Professor de
Melo, 27 anos, fui faturado
para minha aula. Lugar
não fui. Lugar: Laranjeiras
em Ouro Preto em 05/10/11

Relevo que fui faturado
em Ouro Preto em 05/10/11

Jogar no Natura 05/10/11
Dra. Heleneberg Ferreira
Fisioterapeuta
CRESCO 13.63928









TERMO DE RESPONSABILIDADE

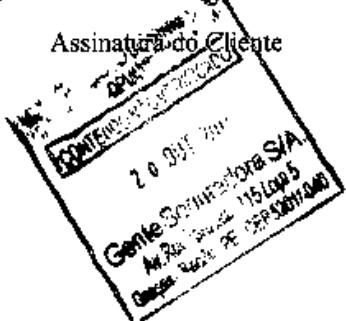
Eu, Patrícia Pereira de Melo, portador do RG 8.275.235 e CPF 094.126.634-63, residente na rua ENGENHO DA QUADEIRA, 270, nº 270 bairro ZONA RURAL, na cidade de PALMARES, DECLARO ser da minha total responsabilidade a entrega, originalidade e autenticidade dos documentos abaixo citados, trazidos á NP seguro DPVAT. Tenho ciência que sou o único responsável pela veracidade dos mesmos, sob pena de lei, podendo responder criminalmente em caso de falsificação de documentos (art.298), falsidade ideológica (art.299), bem como estelionato (art.171), todos os código penal.

Quais sejam

Documentos Pessoais: B.O (Boletim de Ocorrência Policial, Civil, Federal), SAMU, Declaração de Residência, Comprovante de Residência, FAA (Ficha de Atendimento Ambulatorial), Prontuário Médico, Autorização de Pagamento, Comprovante Bancário, Declaração de Ausência de Laudo de IML, DUT, (Declaração de Propriedade de Veículos), Recibos e Notas fiscais de despesas médicas, como qualquer outros documentos requeridos pela seguradora líder para comprovação do direito de recebimento de indenização.

PALMARES 24 de outubro de 2017

Patrícia Pereira de Melo



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170577224 **Cidade:** Joaquim Nabuco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PATRICIA PEREIRA DE MELO **Data do acidente:** 17/08/2017 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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 %

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170577224 **Cidade:** Joaquim Nabuco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PATRICIA PEREIRA DE MELO **Data do acidente:** 17/08/2017 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Descrição do exame DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO ESQUERDO.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO COM IMOBILIZAÇÃO TIPOIA APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. DIMINUIÇÃO NA AMPLITUDE DE FLEXO-EXTENSÃO E DE ABDUÇÃO, ADUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/11/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES

CRM do médico: 18568

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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:07:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091717073122400000066843989>

Número do documento: 20091717073122400000066843989

Num. 68151857 - Pág. 10



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE 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 (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 ASI	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	PATRÍCIA PEREIRA DE MELLO	CPF/titular da conta	094.126.634-68	Profissão	Recusa
Endereço	Sítio TAQUARI	Número	070	Complemento	CASA
Estado	ZONA RURAL	Cidade	SOAQUIM NABUCO	CEP	55535 000
Email	matoperreira14@hotmail.com	Telefone (DDD)	81 992360443		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRADESCO (137) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0316 CONTA: 62213 DIV: 5
(Informar dígito se existir)

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	001	000	000
AGÊNCIA	000	000	000
DIV	000	000	000
CONTA	000	000	000
(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, auto Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e a Seguradora Lider.

Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Patrícia Pereira de Mello 29 de Novembro de 2017

Local e Data

Patrícia Pereira de Mello

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GAMA

AUTO-ALAVETIMENTO - AG PALHARES
DATA: 29/11/2017 HORA: 08:33:12
TERMINAL: 09161280 CONTROLE: 091612800110
AGENCIAS: 0916 - PALHARES
CONTA: 013 00002243-5
CLIENTE: PATRICIA PEREIRA NEVES

DATA	Nº DIC	HISTÓRICO	VALOR	SAÚDO ANTERIOR	Novo d/o
25/5/11	00000000	REM BÁSICA	0,000	0,000	0,000
25/5/11	00000000	CRED JUROS	0,000	0,000	0,000
27/5/11	271318	SACANE ATN	0,000	0,000	0,000
27/5/11	171127	EXTRATO MESE	0,000	0,000	0,000

RESUMO EM 28/11.
SALDO 0,00
RESUMO DIÁ
VALOR BLOQUEADO 0,00
VALOR DISPONÍVEL 0,00
VALOR DE TIRAR 0,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CATIXA: 0800-726 0181
Devidor na CATIXA: 0800-725 7474
www.catixa.gov.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:07:31
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009171707312240000066843989>
Número do documento: 2009171707312240000066843989

Num. 68151857 - Pág. 12



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: PATRICIA PEREIRA DE MELO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA

Profissão: DOMA DE CASA

Identidade: 8.275.235 CPF: 094.126.634-63

Endereço: ENGENHO INADEIRA 270 5. NA BUCO-PE

PROCURADOR:

Nome: Nator Pereira Cavalcanti

Nacionalidade: Brasil Est. Civil: Casado

Profissão: AG. Patrimonio

Identidade: 1.868.635-SSP-PE CPF: 037.454.688-84

Endereço: Rua da Aurora-902-Centro Palmares-PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e Constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a seguradora Lider dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da seguradora Lider (Correios, Sinopres e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

Palmares, 31/08/2017
Local e data

Patricia Pereira de melo

Assinatura do Beneficiário/Vitima

(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS TÍTULOS DE PALMARES- PE
Titular: INCIANO DE SÁNCIO SILVA
Fone: (81) 36810-881

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconhecimento por autenticidade
(Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de PATRICIA PEREIRA DE MELO, Palmares-PE, em - Júlia Feliciano da Silva - Tabellia Substituta. Indl. R\$ 3,49
TANR R\$ 0,78 FERC R\$ 0,39 Total R\$ 4,66

0077560.NNT08201710.00869 31/08/2017/15:26:59
** autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



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: 05/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PATRICIA PEREIRA DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00916

CONTA: 000000062213-5

Nr. da Autenticação A41B5DDF4C3D1FFA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:07:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091717073122400000066843989>
Número do documento: 20091717073122400000066843989

Num. 68151857 - Pág. 14

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta nº: 11899636

A/C: PATRICIA PEREIRA DE MELO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170577224 ASL-0416729/17

Victima: PATRICIA PEREIRA DE MELO
Data Acidente: 17/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NATOR PEREIRA CAVALCANTI

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2017

Carta nº: 11914837

A/C: PATRICIA PEREIRA DE MELO

Sinistro: 3170577224 ASL-0416729/17
Vítima: PATRICIA PEREIRA DE MELO
Data Acidente: 17/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NATOR PEREIRA CAVALCANTI

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Carta nº 11984791

A/C: PATRICIA PEREIRA DE MELO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170577224 ASL-0416729/17
Vitima: PATRICIA PEREIRA DE MELO
Data Acidente: 17/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NATOR PEREIRA CAVALCANTI

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12077434

A/C: PATRICIA PEREIRA DE MELO

Nº Sinistro: 3170577224
Vitima: PATRICIA PEREIRA DE MELO
Data do Acidente: 17/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NATOR PEREIRA CAVALCANTI

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: **PATRICIA PEREIRA DE MELO**

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

Banco: **104**

Agência: **000000916**

Conta: **0000062213-5**

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: $12,50\% \times 13.500,00 =$ 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



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

Sinistro: 3170577224 - 1

Nome do(a) Examinado(a): PATRICIA PEREIRA DE MELO

Endereço do(a) Examinado(a): ENGENHO JAQUEIRA nº 270 - ZONA RURAL - JOAQUIM NABUCO/PE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 8275235 - SSP

Data local do exame: 08/11/2017 CARUARU/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 DE UMERO PROXIMAL 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?

SIM NÃO

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?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO COM IMOBILIZAÇÃO TIPOIA APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. DIMINUIÇÃO NA AMPLITUDE DE FLEXO-EXTENSÃO E DE ABDUÇÃO, ADUÇÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

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.

DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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 Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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)

Região Corporal(Sequela)

OMBRO ESQUERDO

10% 25% 50% 75% 100% 10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100% 10% 25% 50% 75% 100%

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 valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - CARUARU, 08/11/2017

Médico Perito: THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES CRM:18568/PE



Dr. Thiago Pedro de A. Alves
MÉDICO
CRM 18568



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:07:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091717073122400000066843989>

Num. 68151857 - Pág. 19

Número do documento: 20091717073122400000066843989

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:07:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091717073122400000066843989>
Número do documento: 20091717073122400000066843989

Num. 68151857 - Pág. 20



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE 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

094.126.634-63

Nome completo da vítima

Patrícia Pereira de Melo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Patrícia Pereira de Melo

CPF titular da conta

094.126.634-63

Profissão

Recepcionista

Endereço

Engenho Itaqui, 101

Número

270

Complemento

CASA

Bairro

ZONA RURAL

Cidade

Itabuna

Estado

PE

CEP

55335 000

Email

patricia.pereira.14@hotmail.com

Telefone (DDD)

81 997360443

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REUSO INFORMAR

R\$ 3.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

BRASILEIRO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0916

CONTA

Nº

62.213

(Informar dígito se existir)

0/V 62.213 5 D/V

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nº

Nº

AGÊNCIA

Nº

Nº

CONTA

Nº

Nº

D/V

D/V

</

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

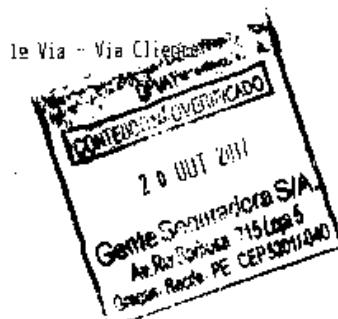
8916 - PALMARES, PE
DATA: 05/10/2017 HORA: 13:10:59
TERMINAL: 1001 NSU: 000791 AUT.: 0058

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CHEQUEADA: 0916/013/00.062.213-5
NONE: PATRICIA PEREIRA DE MELO
DEPOSITANTE:
0 T

VALOR TOTAL: 50,00
VALOR DINHEIRO: 50,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios:
SAC CAIXA 0800 726 0161
Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474
www.caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 080^a CIRCUINTSRIÇÃO - JOAQUIM NABUCO - DP80^aCIRC
DINTER1/13/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 17E0170000318

Corrência registrada nesta unidade policial no dia 01/09/2017 às 10:54

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/8/2017 no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JOAQUIM NABUCO, 01, POCO DANTAS** - Bairro: **CENTRO** -
JOAQUIM NABUCO/PERNAMBUCO/BRASIL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANIMAL (AUTOR) AGENTE)
EDNALDO DA SILVA BARBOSA (OUTRO)
PATRICIA PEREIRA DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) enunciado(s) da questão:

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

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

EDNALDO DA SILVA BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA RITA DA SILVA** Pai: **NIVALDO BARBOSA** Data de Nascimento: **20/11/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE JOAQUIM NABUCO, 01, ENGENHO PRIMOROSO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JOAQUIM NABUCO/PERNAMBUCO/BRASIL**

PATRÍCIA PEREIRA DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ROSEMERY PEREIRA DE MELO Pai: JOSE CARLOS DE MELO Data de Nascimento: 17/4/1990 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE JOAQUIM NABUCO, 01, SITIO JAQUEIRA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JOAQUIM NABUCO/PERNAMBUCO/BRASIL

ANIMAL (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: XXXXXXXXX Data de Nascimento: 1/1/1900
Naturalidade: N/A - INCONSTRÔ - PERNAMBUCO - BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvida(s)

... (Continua) (S/á) **ERNALDO DA SILVA BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a):

MOTO (VEÍCULO) de propriedade

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA HONDA POP 100** Objeto:

Placa: **KHM5934** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **200879839** Chassi: **9C2HB0210AR514361**
Fabricante: **MITSUBISHI** Modelo: **2010/2011** INFORMAR

Complemento / Observação



01/09/2017

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

SEGUNDO A VITIMA ELA ESTAVA NA GARUPA DA MOTONETA SENDO PILOTA DO EDNALDO DA SILVA BARBOSA QUE AO CHEGAR NO ENGENHO POÇO DANTAS UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTA DA MOTONETA E AO DESSVIAR DO ANIMAL ELE PERDEU O CONTROLE DA MOTONETA E AMBOS VINDO A CAIR SENDO A VITIMA SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nessa unidade policial:

Ednaldo da Silva Barbosa
EDNALDO DA SILVA BARBOSA

(OUTRO)

Patrícia Pereira de Melo
PATRÍCIA PEREIRA DE MELO

(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS FERNANDO DE ARRUDA COSTA** - Matrícula: 111830-7

[Fechar Janela](#)

[Imprimir](#)



3,83,36/permisibuco/VisualizaBO.do?idUn=170&idOrc=6650878&nroBO=17E01700003188&op=simples&ordemPrincipal=ACIDENTE%2... 2/2
...&op=detalhe&idUn=170&idOrc=6650878&nroBO=17E01700003188&op=simples&ordemPrincipal=ACIDENTE%2...



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 17:07:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091717073122400000066843989>
Número do documento: 20091717073122400000066843989

Num. 68151857 - Pág. 24

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

A standard 1D barcode is located at the bottom of the page, with the text "Certificado de Inscripción de IM" above it and "10004" below it.

Eu, Patrícia Pereira de Melo, portador da carteira de
Identidade nº 8.275.235 e inscrito no CPF/MF sob o nº 094126634-63,
residente e domiciliado na ENGENHO JOAQUIM NAZARÉ, 270 ZONA RURAL,
Cidade JOAQUIM NAZARÉ, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
Indemnização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Patrícia Pereira de Melo
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



J. NA B3 C4 24/10/2017



Pernambuco

HRP

Data do Atendimento:	17/08/2017	Hora:	14:03:19	PRONTUÁRIO:	71
No. Atendimento:	639270	Urgência / Emergência		Colaborador:	CARLA AMM
Prioridade:	VERDE - NÃO URGENTE	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		CNS:	700465984236
Nome:	PATRICIA PEREIRA DE MELO			Sexo:	Feminino
Data de Nascimento:	17/04/1990	Idade:	27 Anos 4 Meses e 0 Dia	C.I.:	
País ou responsáveis:	ROSEMERY PEREIRA DE MELO			JOSE CARLOS DE MELO	
Endereço	SITIO JAQUEIRA, CASA - ZONA RURAL/ - 55535000				
Cidade.....	JOAQUIM NAZUCO	Tel.:	(81)9261516	Hora do Atendimento:	/

Exame Físico:
A: Geral via aérea está pélvia? SIM NÃO O paciente fala? SIM NÃO Temperatura:
B: Respiratório:
C: Circulatório:

D: Exame Neurológico : Deficiência motora: Glasgow: Abertura Ocular	<input checked="" type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE	Pupilas : Isoconicas <input type="checkbox"/> Anisóconicas <input type="checkbox"/>			
	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motoria			
Escore:	Hora:	Escore:	Hora:	Escore:	Hora:
E: Abdômen:					

Diagnóstico Inicial:

Exámenes Solicitados : 2 - Especímenes de sangre

Quais principais relatos a classificação de risco:
PACIENTE REFERIU QUEDA DE MOTO

WE HAD TO ESENCE DOR EM INSE

©2007 REGIONAL PARKS FOUNDATION

DESCONOCES ALERGIA MEDICAMENTOSA: SÍ NO

Evolução da Enfermagem

Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta a Pedido
() Transferência para outra unidade () Outro () Outro

Enfermeira > Carioba e Associação

~~radic
Ogérico Ferre
Medico
Centro de Estudos e Pesquisas~~

Médico e Carijho e Assinatura



