



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	ANEXO 1	Outros (Documento)



0002517.3		10/2017	
RUA DA AURORA 902, CENTRO		CEP: 55.540-000 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 (08/2017) 30 DIAS	01/01	1,30
HIDROMETRIA			
LEITURA	DATA	ULTIMOS CONSUMOS	
ANTERIOR	19/08/17	10 10 10 10 10 10	
ATUAL	08/09/17	ABR MAI JUN JUL AGO SET OUT	
CONSUMO	10	MÉDIA: 10 m³	
LEITURISTA	07	PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	
PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
PH	ATE 8,5	01	7,50
CL	ATE 2,0	01	0,50
TH	ATE 5,0	01	1,50
TD	ATE 5,0	01	2,00
TD	ATE 5,0	01	2,00
DEBITO(S):			
SET/2017			
VENCIMENTO 10/11/2017		VALOR R\$ 27,42	
CONTÁBIL NÃO REALIZADA, MOVEL SEM HIDROMETRIA			
CONTA CALCULADA COM BASE NA MÉDIA DE CONSUMO			
SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE PALMARES			
RUA DA PALMA, 90 - CENTRO - PALMARES/PE - CEP: 55.540-000			
CNPJ: 10.623.114/0001-41 - FONE: (01) 3662.2222			
0002517.3 - RUA DA AURORA 902, CENTRO - CEP: 55.540-000 - PALMARES-PE			
VENCIMENTO 10/11/2017		VALOR R\$ 27,42	
0002517.3 - RUA DA AURORA 902, CENTRO - CEP: 55.540-000 - PALMARES-PE			
826900000000-9 27420136000-6 25171017170-2 1305210000-7			

2 de JUL 2017
Gente 3 - Prefeitura SIA
Ar. Antônio TMS/2017
Cidade: Recife - PE CEP: 51000-000





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NATOR PEREIRA CAVALCANTI, inscrito (a) no CPF sob o Nº 037454688/64, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PATRICIA PEREIRA DE MELO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094126634/63, do sinistro de DPVAT cobertura INVAUZER da Vítima PATRICIA PEREIRA DE MELO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094126634/63, 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.

Fico ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA DA AURORA</u>	Cidade <u>PALMA RES.</u>	Número <u>002</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>centro</u>	CEP <u>55540-000</u>	Telefone celular (DDD) <u>81997360443</u>	
Email <u>natorpereira14@hotmail.com</u>			

Palmas 24 de outubro de 2017

Lugar e Data

Nator Pereira Cavalcanti

Assinatura do Declarante

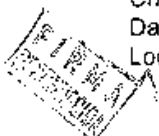




Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDNALDO DA SILVA BARBOSA,
RG nº 8.400.817, data de expedição 20/09/2007
Órgão SAS-PE, portador do CPF nº 09267809482 com
domicílio na cidade de GAMELEIRA, 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 MELO cujo o condutor era
EDNALDO DA SILVA BARBOSA.

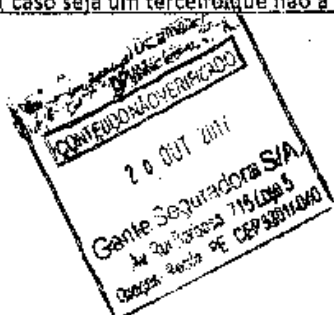
Veículo: MOTO
Modelo: HONDA POP 100
Ano: 2010
Placa: KHM 5934
Chassi: 9C2MB0210AR514361
Data do Acidente: 17-08-2017
Local e Data: PALMARES - 31/08/2017



Ednaldo da Silva Barbosa
Assinatura do Declarante

Ednaldo da Silva Barbosa

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



2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS TÍTULOS DE PALMARES- PE
TITULAR: LUCIANO DE FRANÇA SILVA
Telefone: (81)-36610-001

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por autenticidade
(Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de: EDNALDO
DA SILVA BARBOSA, Palmares-PE, em -Jávia
Feliciano da Silva - Tabela Substituta, Empl. R\$ 3,49
TSNR R\$ 0,78 FERC R\$ 0,39 Total R\$ 4,66

1077560.22F08201710.00970 31/08/2017 15:26:59
autenticidade em www.tjpe.jus.br/elecdigital





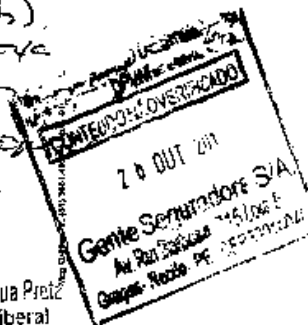
Patricia Renata de Mello.



RECEITUÁRIO

Saúde Médica

- Pto de 77 anos de idade,
com AP de saúde atual,
que relata no dia de hoje,
que há (5 dias) sofreu um
acidente de moto, no qual
começou a sentir dor no
ombro esquerdo, e com o
tempo a dor se agravou
e teve muita dificuldade
para atender a paciente
nos (5 dias) após acidente.
Devido a isso, está
sendo feita fisioterapia
e uso de analgésicos,
mas não consegue
diminuir a dor no ombro
esquerdo. Não há
febre ou outros sintomas.
CPF: 094.126.634-63.



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



Água Preta, 22/08/2017.



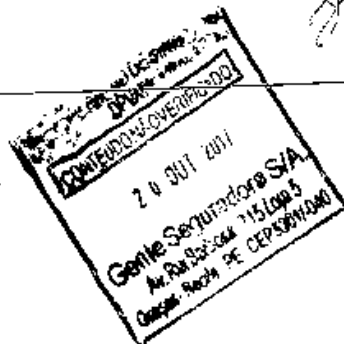


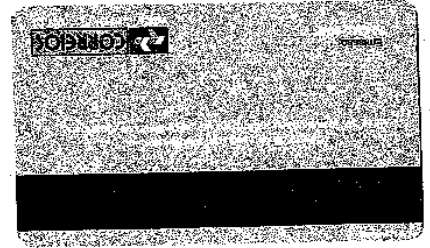
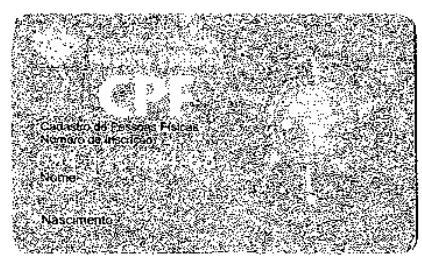
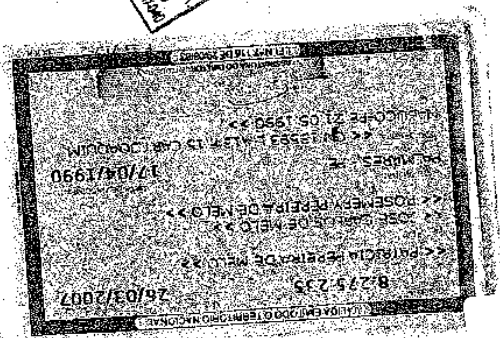
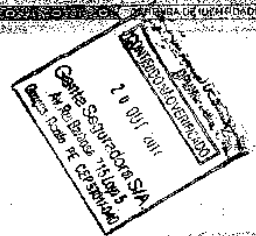
RECEITUÁRIO

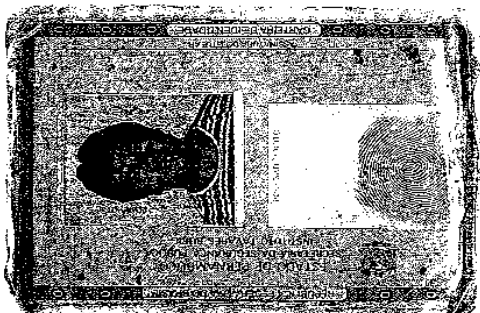
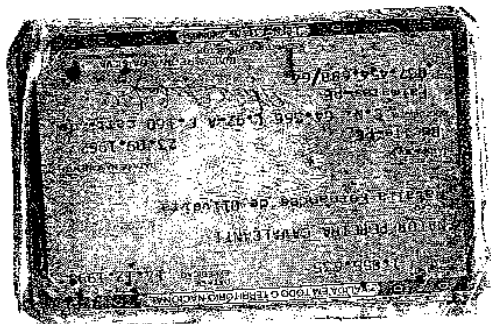
Para Fisioterapia

Dois pontos de dor
que a fisio terapeuta de
Melo, 27 anos, foi frustada
por não se sentir. E por
não ter sido, além, e assim
com outros exemplos.
Relato de fisioterapia de
um paciente, em AVD.

Jorge de Melo
05/10/17
Dr. Hollenberg Serrão
Fisioterapeuta
CREFIS 12.153.92F







NÚMERO 00025173		DATA 10/11/2017		ESTADO RJ	
MUNICÍPIO PALMARES-PE		CEP 55540-000		PAÍS BRASIL	
NOME DO CONSUMIDOR VITOR PEREIRA CAVALCANTI		RUA DA AURORA 902, CENTRO		CEP 55540-000 PALMARES-PE	
SERVIÇOS E TARIFAS					
COD	DESCRIÇÃO	PAX	VALOR		
11	AGUA	01/01	21,82		
16	MULTA POR ATRASO - 08/2017	01/01	1,50		
17	ENCARGOS (08/2017) 30 DIAS	01/01	1,30		
MÉDIA: 10 m³					
PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA					
PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO		
PH	6,5 a 8,5	10	7,2		
CLOROFÓRMIO	0,1 mg/l	10	0,05		
DEBITO(S):	SET/2017				
VENCIMENTO	10/11/2017	VALOR R\$	27,42		
LEITURA NÃO REALIZADA (MOVEL SEM HIDRÔMETRO)					
CONTA CALCULADA COM BASE NA MÉDIA DE CONSUMO					
CONSUMO					
SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE PALMARES-PE					
RUA DA PALMA, 902, CENTRO - PALMARES-PE - CEP 55540-000					
CNPJ: 06.937.124/0001-42 - FONE: (085) 3655-1222					
NÚMERO 00025173 VITOR PEREIRA CAVALCANTI 100007					
VENCIMENTO 10/11/2017 VALOR R\$ 27,42					
CNPJ: 06.937.124/0001-42 - FONE: (085) 3655-1222					





TERMO DE RESPONSABILIDADE

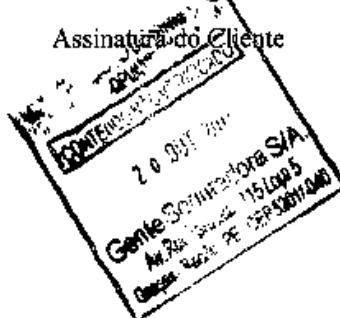
Eu, PATRICIA PEREIRA DE MELO,
portador do RG 8.275.235 e CPF 094126634-63,
residente na rua ENGENHO JAQUEIRA, 290, nº 270 bairro
ZONA RURAL, na cidade de PALMARES, DECLARO
ser da minha total responsabilidade a entrega, originalidade e autenticidade dos
documentos abaixo citados, trazidos á NP seguro 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 Médioc, 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.

Patricia 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 %	R\$ 0,00

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 médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO ESQUERDO.

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:





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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	PATRICIA PEREIRA DE MELO		CPF titular de conta	09412663463	Profissão	RECURSA
Endereço	Sítio JAQUEIRA		Número	270	Complemento	CASA
Bairro	ZONA RURAL	Cidade	SOUZINHA NABUCO		CEP	55535 000
E-mail	matorpereira14@hotmail.com		Estado	PE	Telefone (DDD)	81932360443

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
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA Nº:	DV	CONTA Nº:	DV
0916	-	62213	5
(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. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

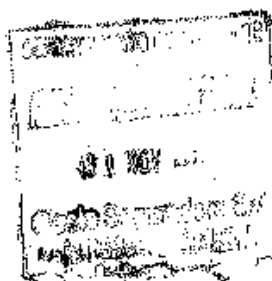
Patricia 23 de NOVE de MARÇO de 2017
Local e Data

Patricia Pereira de Melo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - AG PALMARES
DATA: 28/11/2017 HORA: 08:33:12
TERMINAL: 09161280 CONTROLE: 091612800110

AGENCIA: 0316 - PALMARES
CONTA: 013.00062213-5
CLIENTE: PATRICIA PEREIRA-DE-MELO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

MOVIMENTACAO	DATA	Nº DOC	HISTÓRICO	VALOR
			SALDO ANTERIOR	0,00
	Novembro			
05/11	000000		REM BASICA	0,00
05/11	000000		CRED JUROS	0,00
27/11	271318		SAQUE ATN	0,00
27/11	171127		EXTRATO MÊS	0,00

RESUMO EM 28/11	28,23
SALDO	0,00
RESUMO DO DIA	28,23
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	28,23
SALDO TOTAL	28,23

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





PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: PATRICIA PEREIRA DE MELO
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA
Profissão: DONA DE CASA
Identidade: 8.275.235 CPF: 094.126.634-63
Endereço: ENGENHO JAQUEIRA 270 S. NA BUCA-PE

PROCURADOR:

Nome: Nator Pereira Cavalcanti
Nacionalidade: Brasil Est. Civil: Casado
Profissão: AG. Patrimônio
Identidade: 1.885.635-SSP-PE CPF: 037.454.688-64
Endereço: Rua da Aurora-902-Centro Palmares-PE

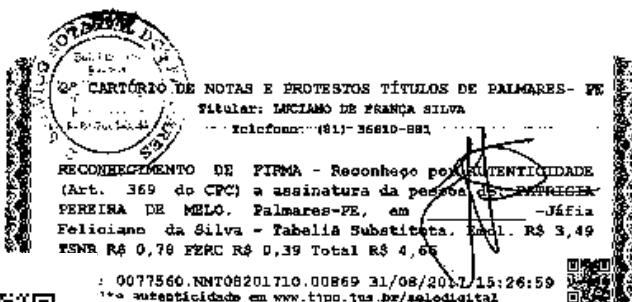
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e Constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a seguradora líder dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da seguradora Líder (Correios, Sincopes 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.

Palmas, 31/08/2017
Local e data

Patricia Pereira de Melo

Assinatura do Beneficiário/Vítima

(reconhecer firma por autenticidade)



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



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

Vitima: 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 início 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

Pag. 01849/01850 - carta_01



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.

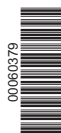
ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00757/00758 - carta_02



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

Pag. 01103/01104 - carta_25 - INVALIDEZ



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% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01311/01312 - carta_15R - INVALIDEZ

00010656



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 UMBRO 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 complicação.

VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE UMBRO 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 susceptível 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 anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO ESQUERDO

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(*)

☐

Vitima 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)

OMBRO ESQUERDO

☐

10%

☐

25%

☒

50%

☐

75%

☐

100%

Região Corporal(Sequela)

☐

10%

☐

25%

☐

50%

☐

75%

☐

100%

Região Corporal(Sequela)

☐

10%

☐

25%

☐

50%

☐

75%

☐

100%

Região Corporal(Sequela)

☐

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



Assinatura do perito Examinador - CRM



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=20091717073122400000066843989>
Número do documento: 20091717073122400000066843989

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0916 - PALMARES, PE

DATA: 05/10/2017

TERMINAL: 1001

NSU: 000791

HORA: 13:10:59

AUT.: 0058

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0916/013/00.062.213-5

NOME: PATRICIA PEREIRA DE MELO

DEPOSITANTE:

O T

VALOR TOTAL:

50,00

VALOR DINHEIRO:

50,00

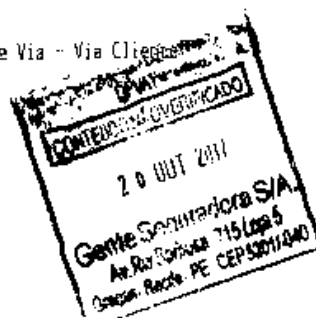
Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

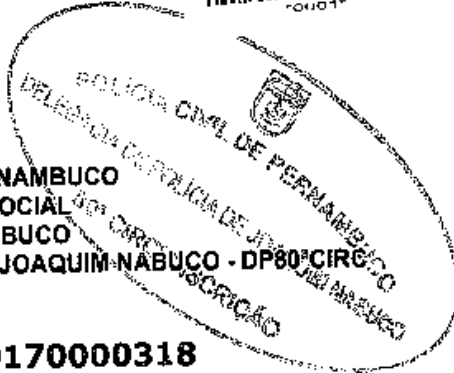
www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 080ª CIRCUNSCRIÇÃO - JOAQUIM NABUCO - DP80ª CIRCUNSCRIÇÃO
DINTER1/13ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0170000318

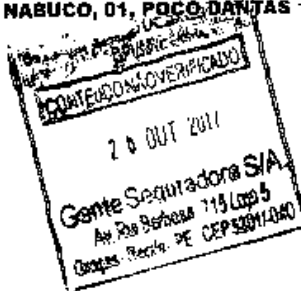
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/09/2017** às **10:54**

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JOAQUIM NABUCO, 01, POÇO DANTAS** - Bairro: **CENTRO** -
JOAQUIM NABUCO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **ENGENHO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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: **IVALDO 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**

PATRICIA PEREIRA DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ROSEMARY 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, SÍTIO JAQUEIRA** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO** - **JOAQUIM NABUCO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANIMAL (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **XXXXXXXXXXXXXX** Data de Nascimento: **1/1/1900**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDNALDO DA SILVA BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDNALDO DA SILVA BARBOSA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHN5934** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **200879839** Chassi: **9C2HB0210AR514361**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/NÃO INFORMADO**

Complemento / Observação



01/09/2017

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

SEGUNDO A VITIMA ELA ESTAVA NA GARUPA DA MOTONETA SENDO PILOTADO POR EDNALDO DA SILVA BARBOSA QUE AO CHEGAR NO ENGENHO POÇO DANTAS UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE 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

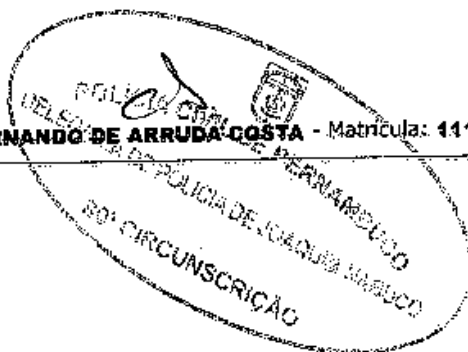
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial:

Ednaldo da Silva Barbosa
EDNALDO DA SILVA BARBOSA

(OUTRO)

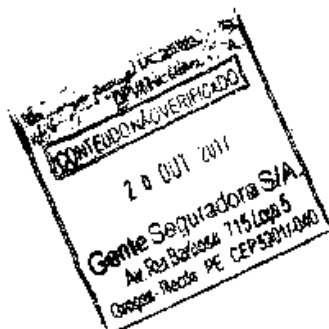
Patricia Pereira de Melo
PATRICIA PEREIRA DE MELO
(VITIMA)

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



Fechar Janela

Imprimir



3,83,36/permanencia/VisualizaBO.do?idUn=170&idOc=6650878&nroBO=17501700003183/ipo=simple&idPrinc=ACIDENTE%2... 2/2

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, PATRICIA PEREIRA DE MELLO, portador da carteira de Identidade nº 8.275.235 e inscrito no CPF/MF sob o nº 034126634-63 residente e domiciliado na ENGENHO JAQUEIRA, 270 ZONA RURAL Cidade JOAQUIM NABUO 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 indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ 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

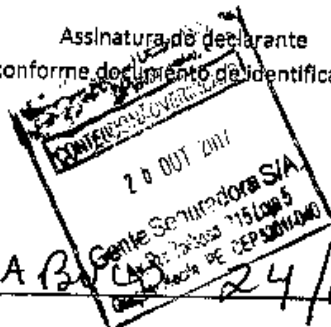
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

Patricia Pereira de Mello

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



J. NA B. C. 24/10/2017

Local e data



Pernambuco

HRP



Data do Atendimento: 17/08/2017

Hora: 14:03:19

No. Atendimento: 639270

Urgência / Emergência

PRONTUÁRIO: 72

Prioridade: VERDE - NÃO URGENTE

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Colaborador: CARL AMM

CNS: 700405964236

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: ROSEMARY PEREIRA DE MELO

JOSE CARLOS DE MELO

Endereço: SÍTIO JAQUEIRA, CASA - ZONA RURAL/ - 55535000

Cidade: JOAQUIM NABUCO

Tel.:

(81)9261516

Hora do Atendimento: 1

Queixa Principal:

Lesão na cabeça
causada nos quedos.

Exame Físico:

A: Geral via aérea está pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: °

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

MSD ☐

MSE ☐

MID ☐

MIE ☐

Pupilas: Isoconicas ☐ Anisocônicas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO E SENTE DOR EM MSE

Alergia:

Observação:

DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA, DM E HAS

Evolução de Enfermagem

Destino do paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta a Pedido
() Transferência para outra unidade () Outro () Outro
Condição do Paciente: () Melhorado () Melhorado () Piorado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura

