

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6177697

A/C: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO

Sinistro: 3150036252
Vítima: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO
Data Acidente: 05/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.dpvatsegurodotransito.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, 05 de Fevereiro de 2015

Carta n°: 6264783

A/C: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO

Sinistro: 3150036252
Vitima: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO
Data Acidente: 05/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000048

Conta: 0000041827-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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.dpvatsegurodotransito.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

Nome do(a) Examinado(a): Daniel Lucas Sansao Farias de Melo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sumaré, 41
Jatobá Olinda PE CEP: 53250-531
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8594169
Data local do exame: [27/01/2015] 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 de processo estiloide do radio esquerdo e escafoide, apresenta bloqueio de dorsiflexão da mão esquerda com limitação de força

- 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.

Realizou tratamento conservador

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

Bloqueio moderado de dorsiflexão da mão com limitação de preensão

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

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

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

“Vítima em tratamento”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

“Sem sequela permanente”

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

“Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

MAO ESQUERDA

% 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):

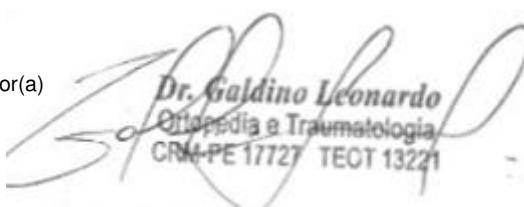
% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Galdino Leonardo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 17727 TECT 13221

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: 30/01/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000041827-0

Nr. da Autenticação 8C6990F44DA536AE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Daniel Loucas Sennas Faria de Souza,RG nº 85941169, data de expedição 16/10/2022 Órgão SOS,CPF nº 099 440 134-05, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residir no endereço abaixo descrito seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Sumaré, 41</u>
Número	<u>41</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Jardim Olinda</u>
Cidade	<u>Pernambuco</u>
Estado	
CEP	<u>53250-531</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 87325642</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Assinatura do Declarante: Daniel Loucas Sennas Faria de Souza

(EDR)	Sen. Téc. de Segs. Ltda
V 2 JAN 2015	
PROTOCOLO	

Atendimento: 248760
Data e Hora: 05/11/2014 17:32

Senha da Classificação:

0030

Paciente: 72590 DANIEL LUCAS SANSAO FARIA DE MELC Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 28/03/1994 Idade: 20 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: DALILA FARIA DE MELO Nome do Pai:
Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Estado Civil: SOLTEIRO - 41 Bairro: FRAGOSO
Endereço: SUMARE PE Usuário Atendimento: AMANDABL
Cidade/UF: OLINDA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil: _____

Nacionalidade: BRASILEIRA

Observação: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Doença de meningite com febre e cefaleia

Exame Físico

Fevereiro, com dor de cabeça intensa, febre alta, cefaleia, náuseas, vômitos, desidratação, constipação, dor nas costas, dor nas articulações.

Hipótese Diagnóstica

Suspeita de meningite bacteriana?

Prescrição Médica

*1. Rx: 100 ml de Solução Salina I.v.
2. Rx: 100 ml de Solução Salina I.v.
3. Rx: 100 ml de Solução Salina I.v.*

Di. 100 ml de Solução Salina I.v. Di. 100 ml de Solução Salina I.v. para corrigir desidratação.

Assinatura e Carambó/Médico

*Felipe Nunes
Médico*

(EDR)
Sen. Téc. de Segs. Ltda
Senha: _____

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido: Para _____
() Encaminhado ao setor de internação

12 JAN. 2015

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



*10940

PROTOCOLO

Atendimento: 248760
Data e Hora: 05/11/2014 17:32

Senha da Classificação: 0030

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

Paciente:	72590 DANIEL LUCAS SANSAO FARIA'S DE MELC			Sexo: FEMININO
Data do Nascimento:	28/03/1994	Idade:	20 anos	Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe::	DALILA FARIA'S DE MELO			Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO				Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: SUMARE	41			Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: OLINDA	PE			Usuário Atendimento: AMANDABL
Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes				
Data Entrada Brasil:				
Nacionalidade:	BRASILEIRA			
Observação:	Nr Documento Estrangeiro:			

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal: *Pele rachada queimada com dor de coxa e dor de joelho*

Exame Físico: *Exames normais, pele seca, rachada e queimada, dor de joelho e dor de coxa, dor de joelho e dor de coxa, dor de joelho e dor de coxa.*

Hipótese Diagnóstica: *Fissões da pele causadas pelo calor e fogo?*

Prescrição Médica

*1. Del TB ole Selse 100g creme gelo/geloforte
2. Neutrofase 100g 3x dia 20g cada
3. Creme hidratante 100g*

*Dr. M.
14h. Consulta Dr. Geraldo Dr. Fabio de Lira e Dr. Andre
etc. Poxa o paciente proibiu a ambulatório.*

Assinatura e Cárimbos/Médico

- Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido: Para _____
() Encaminhado ao setor de internação

(EDR)
Sagata: Téc de Seus Ltda

12 JAN. 2015

PROTÓCOLO

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 248760

Prontuário: 72590

SAME: 63348

Hora Atend: 17:32

Data Atend 05/11/2014

Paciente: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO

Idade: 20 a

Endereço: SUMARE

Bairro: FRAGOSO

Cidade: OLINDA

Convênio: SUS - EXTERNO / URGENCIA

Plano: PLANO UNICO

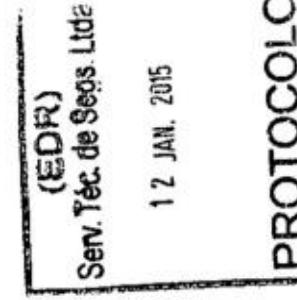
Médico(a)/CRM: PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346

CID Principal:

Resultado: ALTA APOS MEDICACAO

Hora Saída: 15:40

Data Saída: 06/11/2014





Hospital
Miguel Arraes

Hospital
Miguel Arraes

SERVIÇO PÚBLICO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Daniel Lucas Souza
Número de Registro:

leito:

Enfermeira:

Dinica:

Assistente:

Enfermagem:
05/10 Peleira Dr. Serracutelli
orientado Cupadice e Serra & Solla, Dr.
Conselho de Medicina Dr. J. C. G. S.
Nisekti, Sef.

(EDR)	Serv. Téc. de Segs. Ltda
12 JAN. 2015	
PROTOCOLO	



HOSPITAL MIGUEL ARRABES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

نامه: دستورالعمل سازمان امن ملی

LeitO:

Enfermaria:

Dinica:

Data/Hora	Software	versão	Hardware	versão	Observações
2023/04/05	OpenOffice.org	4.1.8	Intel Core i5	10th Gen	
	Microsoft Word	2023	ASUS ROG	Strix G	
	Microsoft Excel	2023	ASUS ROG	Strix G	
	Microsoft Powerpoint	2023	ASUS ROG	Strix G	

(EDR) Sen. Téc. de Segs tida

12 JAN. 2015

PROTOCOLO

Protocolo de Encaminhamento

11/11/2014

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA <u>4555624</u> Em caso de violência/accidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente:	<u>Dra. ecu lucas d. ecu</u>
Sexo: M () F () Profissão:	
Endereço Residencial:	
Cidade:	<u>Recife</u>

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

- Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
- Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
- Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S() N()
- Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
- Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
- Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
- Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
- Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros
- Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
- Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
- Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

História Clínica Atual: desco de coche ho 125
desco de coche ho 125

Hipótese Diagnóstica:

CAUSAS CLÍNICAS

- | Glicemia Capilar (HGT): | F.C.: | P.A.: |
|---|---|----------------------------------|
| Vias Aéreas: FR <input checked="" type="checkbox"/> | Dispnéia S() N() Tiragem Intercostais S() N() | Obstrução Vias Aéreas: S() N() |
| Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() | Deformidade do Tórax: S() N() | Gemido/Estridor: S() N() |
| Distúrbio Fala/Choro: S() N() | | |
| Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N() | | |
| Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Buihas Cardiacas: Normofonéticas () Hipofonéticas () | | |
| P脉: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino () | | |
| Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose () | | |
| Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N() | | |

AVALIAÇÃO CLÍNICA

FR: RN 35-50	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100	(EDR) Serv. Téc. de Segs Ltda 12 JAN. 2015
--------------	---	--

PROTÓCOLO

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
Abertura Ocular Espontânea	4	Orientado	Obedece ao comando
Abertura Ocular a voz	3	Confuso	Localiza Estímulo Doloroso
Abertura Ocular a dor	2	Resposta Inapropriada	Retirada ao Estímulo Doloroso
Sem abertura ocular	1	Sons Incompreensíveis	4
		Sem resposta verbal	3
			Descorticação
			Descrebração
			2
			Sem resposta motora
			1

TOTAL DE PONTOS ECG:

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocôricas () Anisocôricas () Midriase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento extremo: S() N()

Lesões Intra-Torácica: S() N() Fratura Pélvis: S() N()

Lesões Intra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S() N() informante: Vítima() Outros()

Lolô() Maconha() Cola() Cocaína() Crack() Lança-perfume() Anfetaminas() Éxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Imobilização Tala Gessada: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____

Oxigêniooterapia: Cateter() Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Entubação Orotraqueal: S() N()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Até hospitalizado e de encaminhamento

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

Hora: *16:21h*

Local e data

Hospital Metropolitano Assis Chateaubriand
Ortopedia Traumatologia

04/11/15

Protocolo de Encaminhamento

11/11/16

TIPO DE OCORRÊNCIA
 Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 43556124
 Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO
 Nome do Paciente: Dra. M. L. L. L. Idade: 20

Sexo: M () F () Profissão: _____
 Endereço Residencial: _____
 Cidade: Recife

Bairro: _____
 Fone: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
 Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
 Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S() N()
 Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
 Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
 Intoxicação Exógena () Animais Peçonhos () Agente Causador: _____
 Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
 Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
 Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
 Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
 Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
 Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

História Clínica Atual: 22/11/16
 Hipótese Diagnóstica: _____

CAUSAS CLÍNICAS

AVALIAÇÃO CLÍNICA
 Glicemia Capilar (HGT): _____ F.C.: _____ P.A.: _____
 Vias Aéreas: FR: _____ Temperatura: _____
 Dispnéia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N() X
 Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N()
 Distúrbio Fala/Choro: S() N()
 Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()
 Perfusion Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardiacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
 Puxo: Rítmico () Aritmico () Filiforme () Fino ()
 Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
 Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR: RN 35-50 ≤ 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100
---	---

(EDR)
 Serv. Téc. de Segs. Ltda

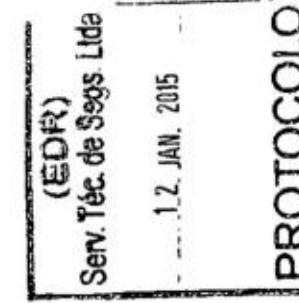
12 JAN. 2015

PROTÓCOLO

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 248760 Prontuário: 72590 SAME: 63348 Hora Atend: 17:32
Paciente: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO Idade: 20 a
Endereço: SUMARE
Bairro: FRAGOSO
Cidade: OLINDA
Convênio: SUS - EXTERNO / URGENCIA
Médico(a)/CRM: PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
CID Principal:
Resultado: ALTA APOS MEDICACAO
Hora Saída: 15:40 Data Saída: 06/11/2014

Atendimento: 248760 Prontuário: 72590 SAME: 63348 Hora Atend: 17:32
Paciente: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO Idade: 20 a



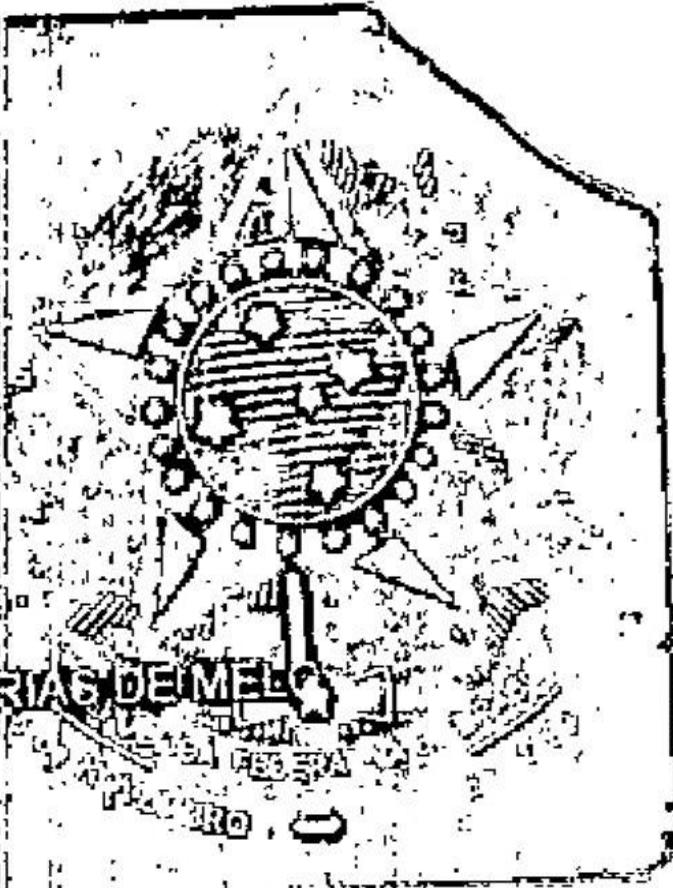
RIO DA FAZENDA
Ita Federal

PF

Policias Fiscais
do Brasil

784.05

S. SANSÃO PARÁS DE MEL



Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
NOV/2008



www.comit.com.br

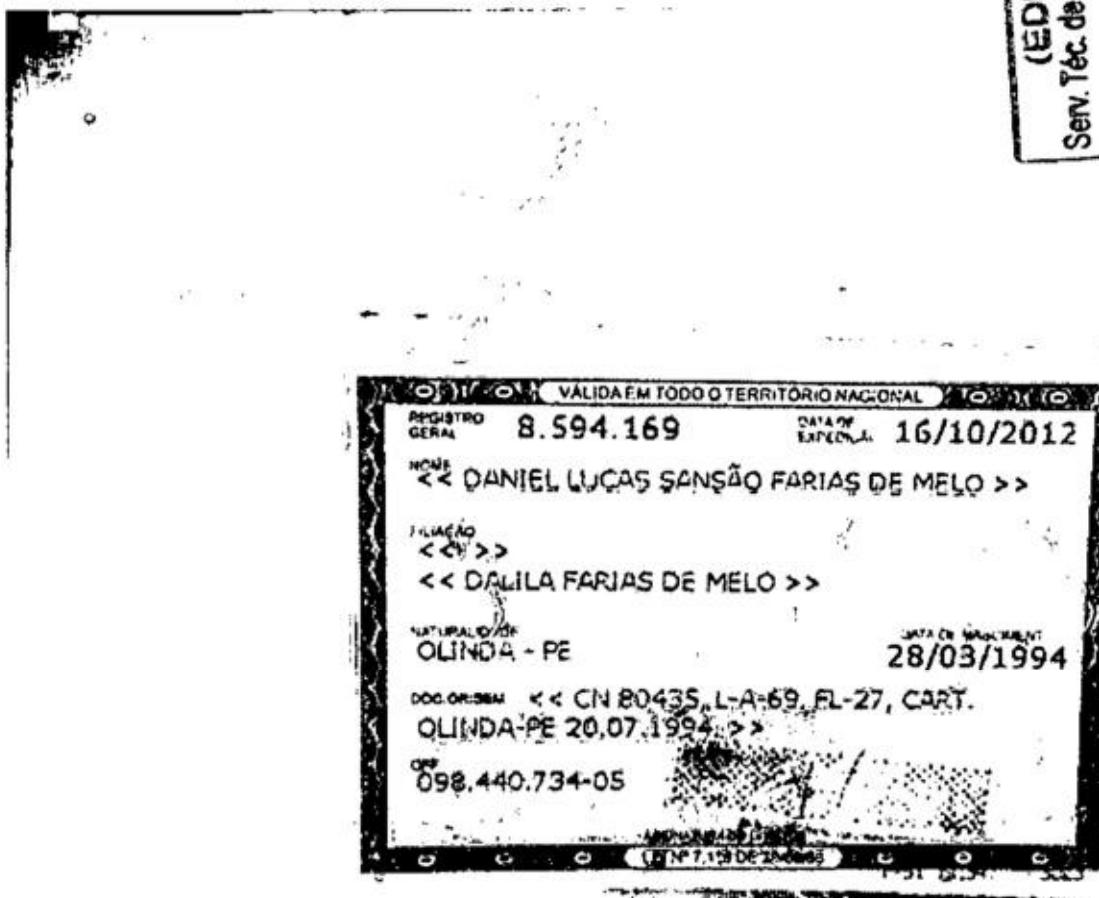
PROTOCOLO

12 JAN. 2015

SEN. TEC DE SESS. Lige
(EDR)

心快活人





AMOR

(EDR)	Serv. Téc. de Segs. Ltda
12 JAN. 2015	
PROTÓCOLO	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS

DETAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	530992990	EXERCÍCIO	2013
COO. RENAVAN	*****	CPF / CNPJ	070-530-784-00
		PLACA	PGG3595

PAULISTA - PE

OFICINA	070-530-784-00	PLACA	PGG3595
PLACANTU/F	9C2JC4J10DR72S004	CHASSI	
ESPECIE TIPO	PAS - MOTOCICLETA	COMBUSTIVEL	GASOLINA
MARCA/MODELO	HONDA / CG 125, FAN	ANO MOD.	2013
CAP/POJ/CL.	2P / 124CL	CATEGORIA	PRET
DATA UNICA	IPVA 2013 - QUITADO	VENC. COTA ÚNICA	1º * * * * *
FAIXA IPVA	P	PARCELAMENTO/COTAS	2º * * * * *
A	V		3º * * * * *

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	10 (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURÓ - PAGO	1		
OBSERVAÇÕES			

AL. / FID. / BANCO / TIT. / ICARO / 3A	Local:	Data:
<i>Maria de Fátima Bezerra R. Costa</i>		22/04/13
PAULISTA - PE		

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

F.I.F. NAC. S. N.F. PRIME. ORIGEM/PORTO

PE N° 010100682356 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2013

CPF / CNPJ

070-530-784-00

PLACA

PGG3595

VIVIANE MELQUÍADES DA SILVA

PAULISTA - PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2012

DATA EMISSÃO

22/04/12

PE N° 010100682356

EXERCÍCIO

2012

PLACA

PGG3595

VIVIANE MELQUÍADES DA SILVA

PAULISTA - PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2012

DATA EMISSÃO

22/04/12

PE N° 010100682356

EXERCÍCIO

2012

PLACA

PGG3595

VIVIANE MELQUÍADES DA SILVA

PAULISTA - PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2012

DATA EMISSÃO

22/04/12

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 202-004

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

F.I.F. NAC. S. N.F. PRIME. ORIGEM/PORTO

DATA DE QUITAÇÃO

PAGAMENTO PARCELA DOCOTA ÚNICA CUSTO DO SEGURO (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) JUROS SER PROFILO DO SEGURADO (R\$) PAGAMENTO PARCELADO



MENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Daniel Loucás Scavano Farias de Melo

PORTADOR(A) DO RG N° 8594169 EXPEDIDO POR EM 16/10/2012 E

CPF 098450730405 /CNPJ 0000000000000000 /PROFISSÃO (EDP)

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniel Loucás Scavano F. de M., AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

095553

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurado; determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário/Funções.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta POUPANÇA operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura da conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTES: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta com cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Itaú Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0018 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 41824-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR FICA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

de _____ de _____ LOCAL E DATA

SIGNATURA DO BENEFICIÁRIO

Daniel Loucás Scavano Farias de Melo

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos beneficiários beneficiários), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que variará conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicos-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvtsegurodotramit.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG' MARCOS FREIRE
DATA: 07/01/2015 HORA: 19:36:25
TERMINAL: 09171021 CONTROLE: 091710210451

CONTA CREDITADA: 0048.013.00041827-0
NOME: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE ME
VALOR TOTAL DOS CHEQUES: 50,00

(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda
12 JAN. 2015
PROTÓCOLO

CAIXA

Agencia: 0048

Operação: 013

Conta: 6118217-0

(EDR)
Serv Tec de Segs. Ltda

12 JAN. 2015

PROTÓCOLO



**GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DELEGACIA PELA INTERNET**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1510319001431

Registro de ocorrência realizado via Internet, através da Delegacia Pela Internet de Pernambuco no dia **05/01/2015** às **12:43**

ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **05/12/2014** no período da **TARDE**

Fato ocorrido no endereço: **PE-15 - Bairro: PARATIBE - Município: PAULISTA - Estado: PERNAMBUCO**

Local do fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(EDR) Serv. Téc. de Segs. Ltda.
16 JAN. 2015
PROTÓCOLO

DANIEL LUCAS SANSÃO FARIA DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO : (OUTROS MOTIVOS) , que estava sendo utilizado(a) pelo(a) Sr(a): DANIEL LUCAS SANSÃO FARIA DE MELO

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

(VITIMA) - DANIEL LUCAS SANSÃO FARIA DE MELO; Sexo: Masculino ; MÃe: DALILA FARIA DE MELO; Pai: NAO INFORMADO ; Data de Nascimento: **28/03/1994**; Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL**;
Documentos: **8594169 (RG)** , **098.440.734-05 (CPF)** ; Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão:NAO INFORMADO ; Telefone de Contato: **NAO INFORMADO** ; Telefone Celular: **(81)8305-7075**;

Endereço Residencial : **RUA SUMARÉ , 41; 53250-531; JATOBÁ; OLINDA; PERNAMBUCO; BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) que é de propriedade do(a) Sr(a): **DANIEL LUCAS SANSÃO FARIA DE MELO**
Categoria: **MOTOCICLETA**; Marca do Objeto: **HONDA**; Modelo do Objeto: **CG 125 FAN**; Placa: **PGG3995**; Cor do Objeto: **PRETA**;
Quantidade: **1 (UNIDADE)**; Valor Unitário: **0,00 (REAL)**

Complemento / Observação

INFORMO QUE ESTAVA TRAFEGANDO COM A MOTO PELA VIA CITADA QUANDO ME DEPAREI COM UM BURACO, AO TENTAR DESVIAR PERDI O EQUILÍBRIO DA MOTO E CAI A MOTOCICLETA FICOU COM ALGUMAS AVARIAS, DESTA FORMA VENHO AQUI DEIXAR MEU REGISTRO.

"Válida como certidão, mediante consulta no site oficial da Delegacia Pela Internet/SDS, no endereço eletrônico: servicos.sds.pe.gov.br/delegacia , de acordo com o Decreto nº 26.102, 06 de novembro de 2003."

Delegacia pela Internet: A delegacia a serviço do cidadão.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Daniel Lucas Sennão Faruão de Melo, portador da carteira de identidade nº 85914169 e inscrito no CPF/MF sob o nº 092.440.731-05, residente e domiciliado na Rua Sumaré, 41, Cidade Olinda, Estado Pernambuco, 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:

- (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.

Daniel Lucas Sennão Faruão de Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

(EDR)	Serv. Téc. de Segs. Ltda
12 JAN. 2015	PROTÓCOLO





Declaração

Eu... Daniel Lourenço Farias de Melo, declaro que
após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 05/1/2014
fui socorrido por Deputados..... levado ao hospital:

UPA e encaminhado ao Hospital Miguel Anselmo.....

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiro, Ambulância etc, da mesma forma não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possuo nenhuma outra prova referente ao acidente, além do boletim de ocorrência policial e a documentação médica apresentada.

"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que deve constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, se o documento é particular."

Local.....UF.....Data:/...../.....

Assinatura: Daniel Lourenço Farias de Melo

(EDR)	Serv. Téc. de Segs. Lda
12 JAN. 2015	PROTÓCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150036252 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO **Data do acidente:** 05/11/2014 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/01/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO 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: 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: 3150036252 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO **Data do acidente:** 05/11/2014 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: fratura de processo estiloide do radio esquerdo

Descrição do exame Bloqueio moderado de dorsiflexão da mão com limitação de preensão
médico pericial:

Resultados terapêuticos: tratamento conservador

Sequelas permanentes: DANO MÉDIO EM MÃO E

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: