



CONFIRMADO
28 JUL 2011
Gente Serravallo SIA
Av. R. C. L. 115/005
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/BIBLIOTECASWEB/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 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 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 INVAZÃO 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>RUA DA AURORA</u>		Número	<u>902</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>centro</u>		Cidade	<u>PALMA RES</u>		CEP
Email		<u>natorpereira14@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>81997360443</u>	

Palmas 24 de outubro de 2017

Lugar e Data

Nator Pereira Cavalcanti

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

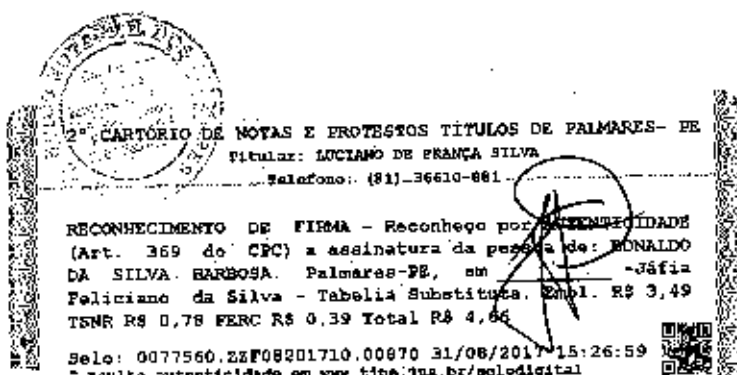
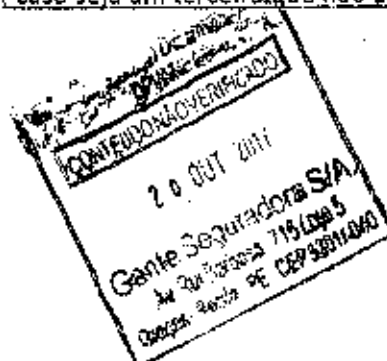
Eu, EDNALDO DA SILVA BARBOSA,
RG nº 8.400.817, data de expedição 20/09/2007
Órgão SAS-PE, portador do CPF nº 09267809482 com
domicílio na cidade de GAMELEIRA, no Estado de
PE onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ENGENHO PRIMOROSO, nº SN,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
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 S. Barbosa
Assinatura do Declarante

Ednaldo da S. Barbosa

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





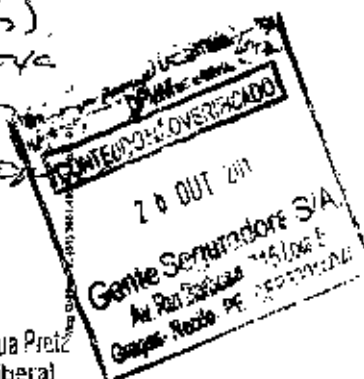
Patricia Renata de Melo.



RECEITUÁRIO

Saúde Médico

- Pto de 77 anos de idade
com AP de saída assistida,
que relata no dia de hoje,
que fez (5 dias) sofreu um
acidente de moto, no qual
ocorreu fratura do antebraço
Esquerdo, e com fratura
com o braço imobilizado
e teve vômito com atropia-
da que atendeu a paciente
em (8 dias) após acidente.
Devido ao acidente está
sem poder fazer algum
movimento, só consegue
movimentar os (5 dedos).
Tem dores fortes na coxa
devido ao acidente e
abrange até que de se
faz o orientado pelo site
desta unidade xpauso.
CPF: 094.126.634-63.



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



Água Preta 27/08/2012



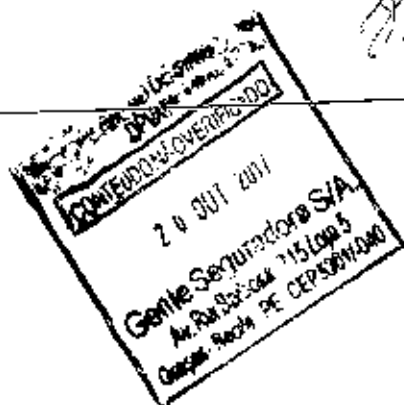
RECEITUÁRIO

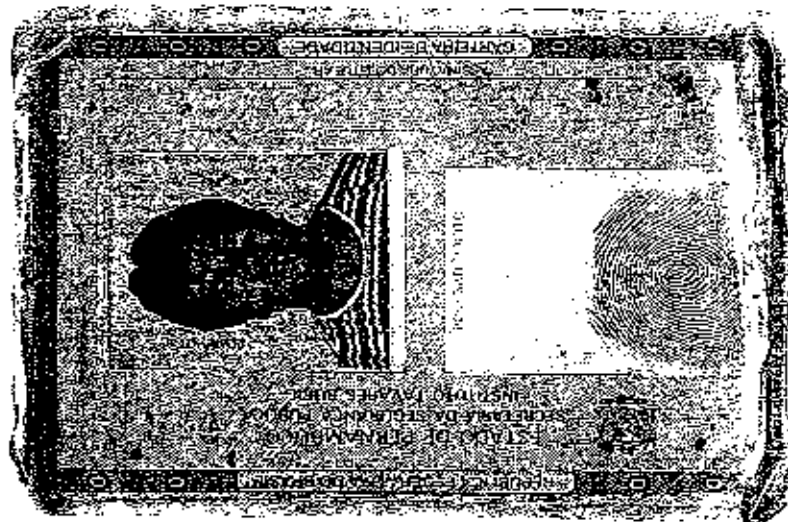
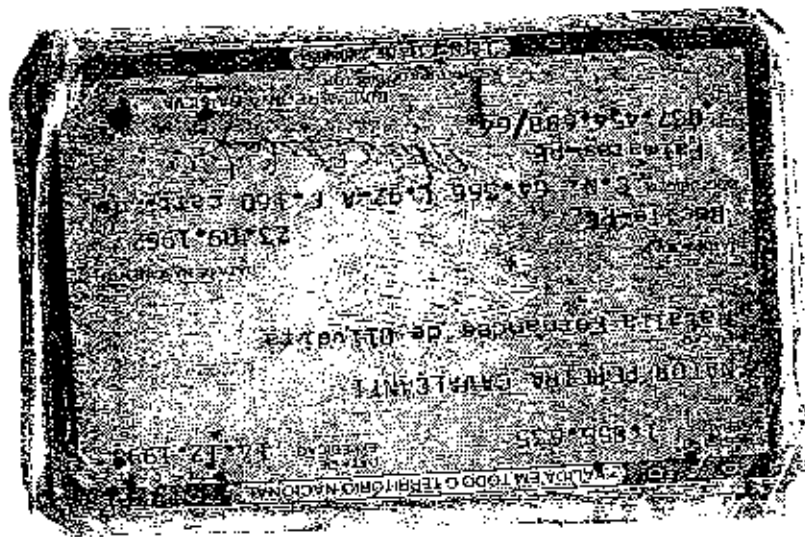
Possui Extemporânea

Doença do sistema urinário, com
que a função renal de
Melo, 27 anos, foi frustada
por uma febre aguda. A urina
está com odor, e a urina, e a urina
com odor e agitação.

Relato de febre aguda
e de urina com odor.

Joaquim Nabuco
05/10/11
Fisiologia
CRETEC 1151005





0002517.3 PAR R-1 88 COM FID PGB OUT 10/2017

INSTALAÇÃO 000000000000 1701305.21

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR:

NOME: RUI TOR PEREIRA CAVALCANTI

RUA: RUA DA AURORA 902, CENTRO

CEP: 55 540-000 PALMARES-PE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	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

HIDROMETRIA

LEITURA	DATA
ANTERIOR	18/10/17
ATUAL	18/10/17
CONSUMO	10
LE TURISTA	000000

MÉDIA: 10 m³

ULTIMOS CONSUMOS

ABR	MAR	JUN	JUL	AGO	SET	OUT
10	10	10	10	10	10	10

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
PH	6.5-8.5	10	7.5
CLOR	0.5-1.5	10	1.0
DESMIN	0.5-1.5	10	1.0
COND	0.5-1.5	10	1.0

DÉBITO(S):

SET/2017

VENCIMENTO 10/11/2017 VALOR R\$ 27.42

LEITURA NÃO REALIZADA (MOVEL SEM HIDROM.)

CONTA CALCULADA COM BASE NA MÉDIA DE CONSUMO

CONSUMIDOR

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE PALMARES-PE

RUA DA PALMA DO CENTRO - PALMARES-PE - CEP: 55540-000

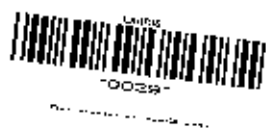
SABE: 10.633.314/0001-41 - FONE: (51) 3662-2222

0002517.3 RUI TOR PEREIRA CAVALCANTI 1701305.21

VENCIMENTO 10/11/2017 VALOR R\$ 27.42

0002517.3 1701305.21

82880000000-9 27420136000 6 25171017170-2 13052100001-7



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, PATRICIA PEREIRA DE MELO,
portador do RG 8.275.235 e CPF 094126634-63,
residente na rua ENGENHO JAQUEIRA, 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 à 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.

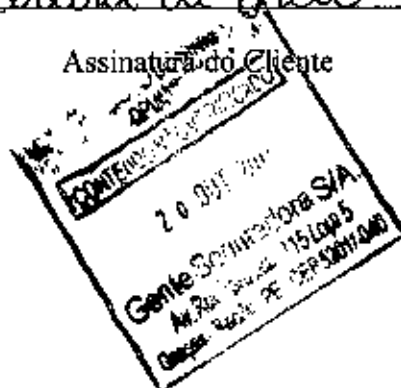
Quais sejam

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.

Patricia Pereira de Melo

Assinatura do Cliente



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 443/12

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 da conta	09412663463	Profissão	Recebe	
Endereço	Júlio Taquira		Número	270	Complemento	CASA	
Bairro	ZONA RURAL	Cidade	SOUZA M. NABUCO	Estado	PE	CEP	55535 000
E-mail	matorpereira14@hotmail.com				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

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	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 Pereira de Melo 23 de Novembro de 2017

Local e Data

Patricia Pereira de Melo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG PALMARES
DATA: 29/11/2017 HORA: 08:33:12
TERMINAL: 09161280 CONTROLE: 091612800110

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

EXTRATO PARA SIMPLES CONFIRMAÇÃO

MOVIMENTAÇÃO	DATA	Nº DOCS	HISTÓRICO	VALOR
--------------	------	---------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR

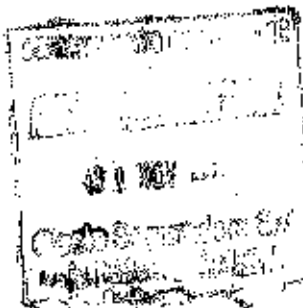
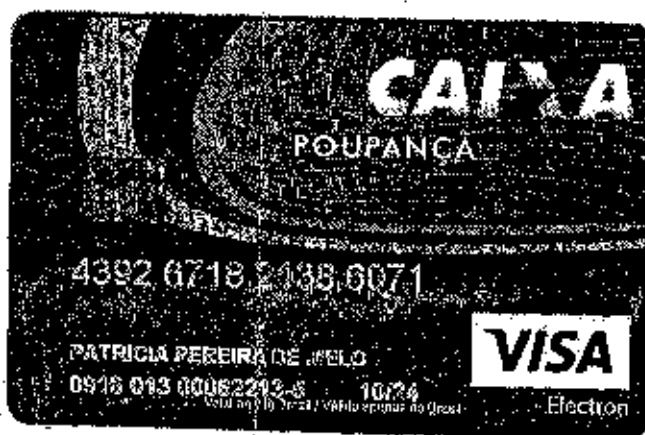
Novembro

05/11	000000	REM BASICA	0,000
05/11	000000	CRED JUROS	0,298
27/11	271318	SAQUE ATH	881,000
27/11	171127	EXTRATO MÊS	28,298

RESUMO EM 28/11
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONÍVEL
SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Divisão da 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: 1.886.635-SSP-PE CPF: 037.454.688-64
Endereço: Rua da Aurora-902-Centro Palmares-PE

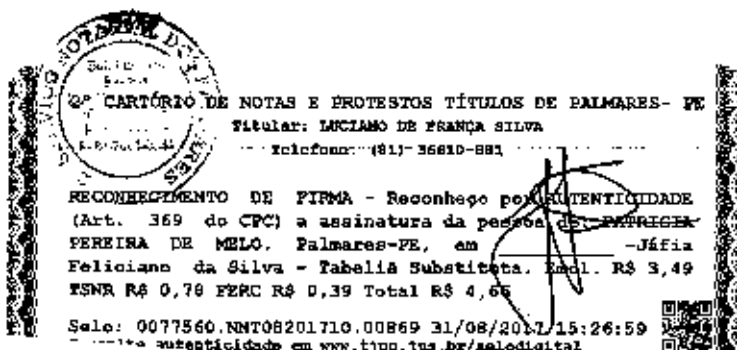
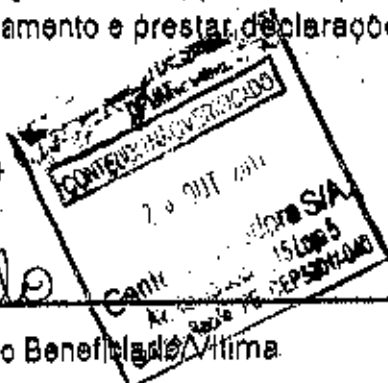
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e Constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a seguradora Lider dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento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

Palmares, 31/08/2017
Local e data

Patricia Pereira de Melo

Assinatura do Beneficiário/Vítima

(reconhecer firma por autenticidade)



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



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



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
Vítima: 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



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 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 complicação.

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 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 anatômicas 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



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").

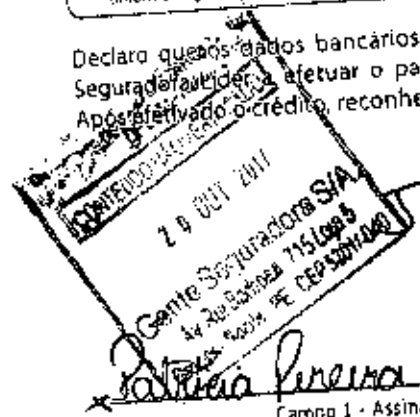
Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 094.126.634-63	Nome completo da vítima Patrícia Pereira de Melo
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL		
Nome completo PATRICIA PEREIRA DE MELO	CPF titular da conta 094.126.634-63	Profissão Recebe
Endereço ENGENHO JAQUEIRA	Número 270	Complemento CASA
Bairro ZONA RURAL	Estado PE	CEP 55335 000
Cidade J. NABUO		Telefone (DDD) 81 99736 0443
Email matperein14@hotmail.com		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)			
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 0916 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 62.213 (Informar dígito se existir)	CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome		NRO	
AGÊNCIA NRO.		CONTA NRO.	
D.V.		D.V.	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.



NABUO 24 de outubro de 2017
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0916 - PALMARES. PE

DATA: 05/10/2017

HORA: 13:10:59

TERMINAL: 1001

NSU: 000791

AUT.: 0050

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

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

NOME: PATRICIA PEREIRA DE MELO

DEPOSITANTE:

0 T

VALOR TOTAL:

50,00

VALOR DINHEIRO:

50,00

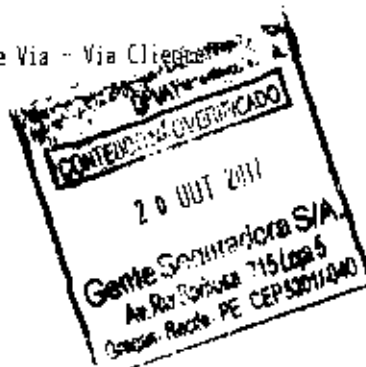
Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

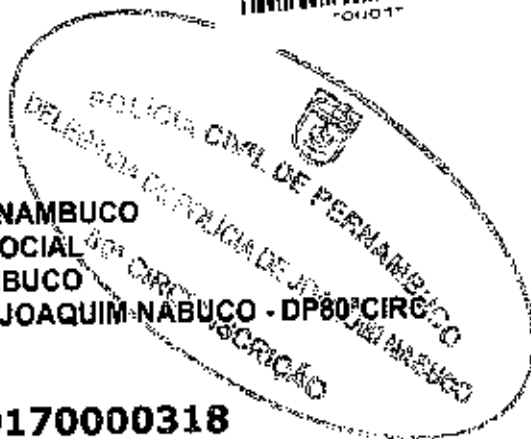
www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0170000318

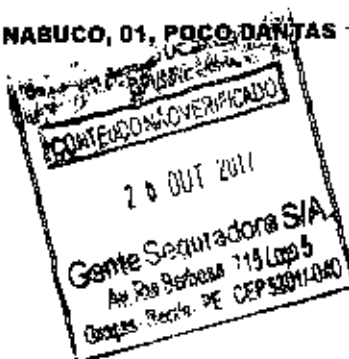
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/09/2017** às **10:54**

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO 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: **MUNICIPIO 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: **ROSEMERY PEREIRA DE MELO** Pai: **JOSE CARLOS DE MELO** Data de Nascimento: **17/4/1990** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JOAQUIM NABUCO, 01, SÍTIO JAQUEIRA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JOAQUIM NABUCO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANIMAL (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **XXXXXXXXXXXXXXXX** 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

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

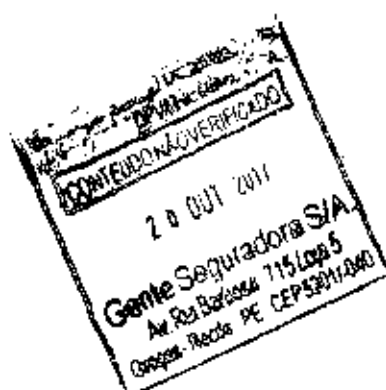
(VITIMA)

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



Fechar Janela

Imprimir



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, PATRICIA 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 JAQUEIRA, 270 ZONA RURAL
Cidade JOAQUIM NABUCA 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:

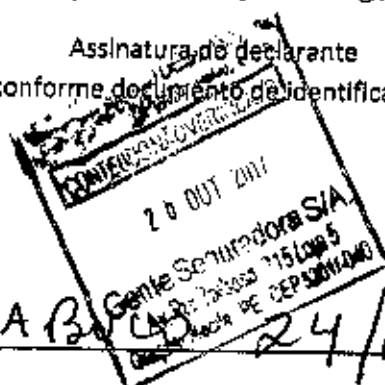
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior 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 Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



J. NA B. CA 24/10/2017

Local e data

Pernambuco

HRP



Maratona

Data do Atendimento:

17/08/2017

Hora: 14:03:19

No. Atendimento:

639270

Urgência / Emergência

PRONTUÁRIO:

7

Prioridade: VERDE - NÃO URGENTE

Colaborador: CARIAMM

CNS: 700405964230

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 NASCIMENTO

Tel.:

(81)9261516

Hora do Atendimento:

Queixa Principal:

Lesão na cabeça
causada ao cair.

Exame Físico:

A: Geral via aérea esta 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 - Especializada

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

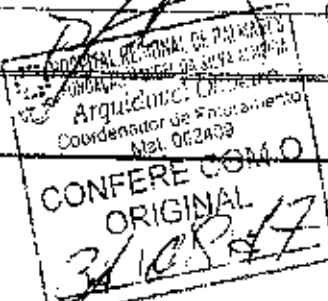
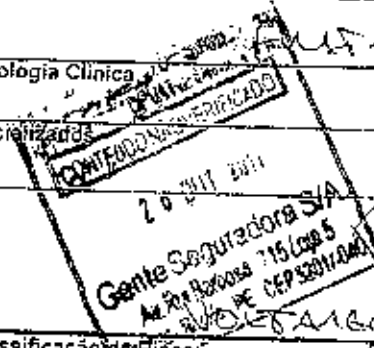
() Alta Melhorada

() Alta a Pedido

Condição do Paciente () Melhorado () Piorado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura



Rogério Ferreira
Médico
Ortopedia e Traumatologia

