

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4030-3386 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Operadora: 0800 021 91 35

Eu, DENILSON MARINHO RIBEIRO

RG nº 5.431.110, data de expedição 1/1

Órgão SSPI/PE, portador do CPF nº 045.414.284-66

com domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de

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

RUA SÃO FELIX, nº 219

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

MEDESON GOMES DE ARAUJO, cujo o condutor era

MEDESON GOMES DE ARAUJO

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 125 FAN X5 Ano: 2013/2014

Placa: PGP-6005 Chassi: 9C2JC4110ER113313

Data do Acidente: 08/06/2019

Local e Data: PAULISTA/PE, 19 DE NOVEMBRO DE 2019.



Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Delegado de Delegacia Cível - Notário e Registrador

Nome: Denilson Marinho Ribeiro - CPF nº 045.414.284-66 - Estado: PE - Data: 19/11/2019

Assinatura por autenticação e firma: DENILSON MARINHO RIBEIRO

Idade: Procurado ID: 11/2019-15 (0-42) E-mail: RG 151 TPA/PE

080 PERIC: RG 0-40 PSE: PE SER: PERM 04 PUD: 03 De: 278

SER: 01 ENRIQUE DASILVA - Esquente autorizado

Ser: 0077353 (04/11/2019) 0096

Controlado e autenticado em: www.gpej.com.br



AAAA1307



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 504815

Data e Hora: 08/06/2019 21:54

Senha da Classificação:

0043

Paciente: 117315 MEDESON GOMES DE ARAUJO Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 03/10/1991 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: MARA DO CARMO MARINHO RIBEIRO Nome do Pai: GENIVAL GOMES DE ARAUJO
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINE CRM: 14410
 Endereço: ENGENHO BARBALHO 2 - ZONA RURAL 289 Bairro: SAO FRANCISCO
 Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: EDJANEPS
 RG (Identidade): 8327283 SDS PE Data de Emissão:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 09630667495 Fone: 987478003
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTA (MOTO) (CARRO) HÁ 2 HORAS. NEG. PRÉV. DE COMIÇÃO. SPO. VÁRIOS. PASSO DE PROJETO DE PRM DE FGO. EM CRIMO (PRIMEIRA LEMBRADA).

Exame Físico

- (A) VÍAS PERIF. PERIF. com CORDA CERVICAL
- (B) MV @ EN INT. S/ R. SATO = 98%
- (C) RCE EN 21, BNF 1/1. FC = 72 bpm PULSO (40)
- (D) PUPILAS ISOCÓRIAS, FOTOMOTILIZADAS. ECG = 14
- (E) AS DORS. FLEX. DESSISTIDA, INDOLE. ELICOM. 450 EN FASE E. FRUTUM PECADO, EN M.D.

Diagnóstico

- TCE LEVE + Trauma de FIC
- Fratura em M.D.

Conduta Terapêutica

- Sonda R + de Trauma + TIC de PRIMO
- PVALGIA de ORTOPEDIA

Prescrição Médica

- S.F.O. 7% 1000 + EV 1000
- Talbut 100mg + S.F.O. 7% 1000 + EV 1000



Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
 LEITO DO PACIENTE: _____

409839

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 504826

Data e Hora do Atendimento: 08/06/2019 22:15

Usuário do Atendimento: GISELEMSS

- Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: MEDESON GOMES DE ARAUJO

Prontuário: 117215

Nome da Mãe: MARA DO CARMO MARINHO RIBEIRO

Nome do Pai: GENIVAL GOMES DE ARAUJO

Data do Nascimento: 03/10/1991

Idade: 27 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 8327265

SDS PE Data Emissão:

CPF: 09630667495

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: ENGENHO BARBALHO 2

289 SAO FRANCISCO

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54520430

Fone: 987476003

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTII CRM: 14418

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 20

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 08/06/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Indicações de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: _____

Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Hospital Dom Helder Câmara
Sistema Único de Saúde
Faturamento SAME
Em: _____

18 JUN. 2019



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **MEDESON GOMES DE ARAUJO**, prontuário nº 1176147, admitido neste hospital em 14/06/2019 com diagnóstico de Fratura do úmero direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 19/06/2019.

Recife, 05 de Agosto de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Registro: 646478 Prontuário: 1176147 Data de Nascimento: 03/10/91 Idade: 27 ANO(S)
Nome do Paciente: **MEDESON GOMES DE ARAUJO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DO CARMO MARINHO RIBEIRO
CPF: 09630667495

Data: 18/06/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura diafisária do úmero direito

Diagnóstico pós-operatório: Fratura diafisária do úmero direito

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura do úmero direito (cod: 040802039-3) + Neurólise do nervo radial (cod: 040302007-7) + Osteotomia (040806017-4)

Cirurgião: Osvaldo Coimbra Jr.

Anestesista: Bloqueio de plexo

Anestesia: Mauro Casado

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.
- 2) Assepsia
- 3) Antissepsia.
- 4) Aposição de campos cirúrgicos
- 5) Realizado incisão antero-lateral de braço direito. Dissecção por planos até abordagem de foco de fratura e osteotomia de fragmeno ósseo
- 6) Realizado neurólise do nervo radial, redução cruenta de fratura e fixação com placa 4,5 DCP estreita e parafusos corticais. Miorrafia de biceps e braquial.
- 7) Realizado limpeza com SF0,9%.
- 8) Revisão da hemostasia. Tenomiorrafia de musculo biceps e braquial
- 9) Sutura por planos com Vycril e Nylon.
- 10) Curativo
- 11) Verificada boa perfusão distal

Recife, 18/06/2019-12:38

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 18/06/2019 12:40:24.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 646478 Prontuário: 1176147 Data de Nascimento: 03/10/91 Idade: 27
ANO(S)
Nome do Paciente: **MEDESON GOMES DE ARAUJO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DO CARMO MARINHO RIBEIRO
CPF: 09630667495

Data: 18/06/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S423 - FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura do Úmero Direito
CÓDIGO: 0408020393

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura do Úmero Direito + Neurolise
+ Osteotomia CÓDIGO: 0408020393 / 0403020077 / 0408060174

COD	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Osvaldo Coimbra	16658
2	1.AUX CIRÚRGICO		
3	2.AUX CIRÚRGICO		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA	Dr. Mauro Casado	2161
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de colisão carro x moto, resultando em Fratura do Úmero Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 25/06/2019 07:40:58.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO NACIONAL DE RECONHECIMENTO DE PESSOAS

MEDEIROS GOMES DE ARAUJO

0227293 - SIME PE

022.305.878-89 **03/10/1981**

GENIVAL GOMES DE ARAUJO
MARIA DO CARMO MARTINS
RIBEIRO

05303275388 **20/03/2020** **18/07/2011**

MEDEIROS GOMES DE ARAUJO

022729332 **03/04/2011**

PERNAMBUCO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014902784810

VIA 1 COD. RENAVAM 599576642 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
DERILSON MARIO BISSIRO

PAULISTA-PE

CPF / CNPJ
045.414.284-66

PLACA
PGP6005

PLACA ANT / UF
***** / R

CHASSI
9C2JC4110ER113313

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
BOMBA/OC 125 FAN XS

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CL
22/124CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

DOTA UNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENO. DOTA UNICA

VENO / COTAS
1 *****
2 *****
3 *****

FAIXA IPVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TAVANIO (R\$)
BO. 11

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)
84.58

DATA DE PAGAMENTO
27/02/19

AL. FID. ADM CORR TAC BOMBA LTDA

PAULISTA

Roberto Carlos Moreira Pontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

DATA
28/02/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676269 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MEDESON GOMES DE ARAUJO **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE.
FRATURA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR TCE.
TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA. (P1/3/4FC/6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676269 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MEDESON GOMES DE ARAUJO **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE.
FRATURA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR TCE.
TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA. (P1/3/4FC/6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Rua Paulo de Almeida Gomes - Fátima - Recife/PE
Atendimento: Segunda-Feira: 08h às 12h; Terça-Feira: 08h às 12h; Quarta-Feira: 08h às 12h; Quinta-Feira: 08h às 12h; Sexta-Feira: 08h às 12h; Sábado: 08h às 12h; Domingo: 08h às 12h.
Reconheço por autenticidade a firma MEDESON GOMES DE ARAUJO
Cau N. Paulista/PE, 02/12/2019 14:23:29. Emissão: 02/12/2019 14:23:29
0.30 FERC-RS 0.40 ISS-RS 0.08 FERM 0.04 PLUREG 0.06 Op 210
ISRAEL LAURENTINO DE ALLA - Escritório

Selo 0077552 DTT11201906 01963

Consulte e autentique em: www.dta.gov.br



AA4038

OUTORGANTE:

NOME: MEDESON GOMES DE ARAUJO

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

IDENTIDADE: 8327283 CPF: 096.306.674-95

ENDEREÇO: RUA 26, 03 - ALVARA - PAUlista-PE

OUTORGADO:

NOME: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

ESTADO CIVIL: CASADO

IDENTIDADE: 10.151.898 SDS

CPF: 406.013.406-63

ENDEREÇO: RUA BOA SORTE 812 - APT 101 BAIRRO: DESTERRO

CIDADE: ABREU E LIMA

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo um bastante procurador e outorgo do acima qualificado, alguém confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório-DPVAT.

PAUlista-PE de DECEMBRO de 2019



Luzimar da Silva Oliveira

Assinatura do Outorgante

Por autenticidade

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0432229/19

Vítima: MEDESON GOMES DE ARAUJO

CPF: 096.306.674-95

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/06/2019

Titular do CPF: MEDESON GOMES DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA : 406.013.406-63

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MEDESON GOMES DE ARAUJO : 096.306.674-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 406.013.406-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676269

Vítima: MEDESON GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MEDESON GOMES DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676269

Vítima: MEDESON GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MEDESON GOMES DE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Recebedor: **MEDESON GOMES DE ARAUJO**

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

Banco: **104**

Agência: **000000559**

Conta: **0000039623-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





5067 2251 7799 5174

VALID
12/24

PEDROSON GOMES DE ARAUJO
0550 013 00039623-2

elo



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat
/consultar informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por ANGELO, matrícula 1777106, Polícia Rodoviária Federal, em 15/06/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 5º do Decreto nº 6.936, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 3º da Instrução Normativa nº 61-OD, de 18 de novembro de 2015.
A integridade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/tecnologia/autenticar>, informando o protocolo 18030345801 e o número de controle 26E4E18736A87C117C9F9C3C812B1.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19030249B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 08/08/2019 Hora: 20:30 Município: CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE
BR: 101 KM: 98,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: ANGEIRAS, 1777136

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

Por volta das 20:30 do dia 08/08/2019, no km 98 da BR 101 - PE, na cidade do Cabo de Santo Agostinho, o veículo V1, uma motocicleta, de placa PGP 6005, conduzida por Medeson Gomes de Araújo, que seguia no sentido decrescente da via, Cabo _ Recife, seguia o fluxo normalmente na sua faixa de rolamento, faixa da esquerda, quando o veículo V2, um automóvel de placa PFB 4339, um Renault/Sandero AUT1016V, conduzida por Bruno Ramos da Cruz, que também seguia no mesmo sentido, porém na faixa da direita, ao mudar de faixa de rolamento acabou, por não ter visualizado a motocicleta, colidindo lateralmente com a mesma.



Documento assinado eletronicamente por ANGEIRAS, nascido 1777136, Polícia Rodoviária Federal, em 16/08/2019, conforme fornecido pelo de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.206-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 2º do Decreto Nº 6.538, de 9 de outubro de 2015 e na alínea II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº E1-02, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/validar/autenticar>, informando o protocolo 19030249B01 e o número de controle 3650EA18796AB7C117C9F8C3C31361.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

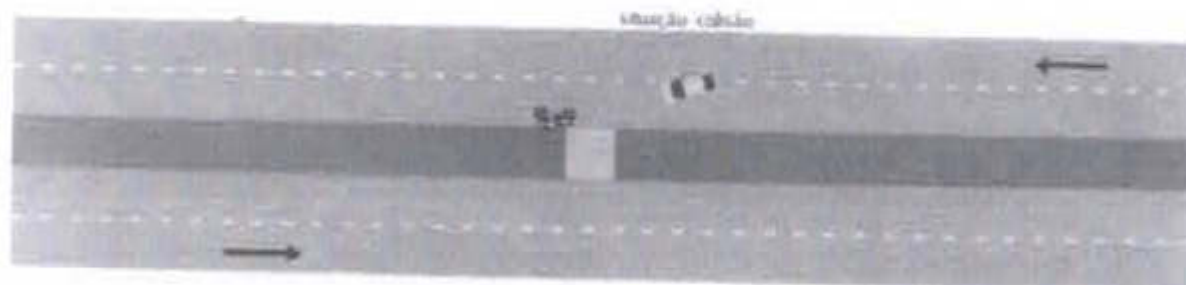


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19030249B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local (preenchido)



Carro de trânsito acidentado

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Deslização (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Nome do Orgão	Colaboração	Contribuição
---------------	-------------	--------------

V1 - VEÍCULO 1 - PGP6005 - MOTOCICLETA

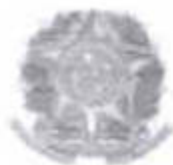
V1 - Informações

Placa: PGP6005 Marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Renavam: 00599578842
Ano fabricação: 2013 Chassi: 9C2JC4110ER113313 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: Avarias no guidom, pedal, e tanque de combustível



Documento emitido eletronicamente por ANGERAS, matrícula 1777130, Polícia Rodoviária Federal, em 15/08/2018, conforme padrão oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 8.200-2, de 24 de agosto de 2011, no art. 9º do Decreto Nº 8.535, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 15 de novembro de 2013.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/inovacoes/autenticar>, informando o protocolo 19030249B01 e o número de controle 28E3EA1978A27C117C8F9C3C91581.

191



MINISTERIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19030249B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 FAN KS

Placa: PGP6005

Nº BOAT: 19030249B01

Nome do Agente: ANGEIRAS

Matrícula do Agente: 1777136

Data: 09/06/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	N/A
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclo)			X	
	Dano de Monta: Pequena			X	

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por ANGEIRAS, matrícula 1777136, Polícia Rodoviária Federal, em 10/06/2019, conforme número oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto nº 8.538, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-CG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/normas/assinaturas>, informando o protocolo 19030249B01 e o número de controle 26055A19786A57C17C8F3C3C81581.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19030249B01

V1 - Proprietário

Nome: DENILSON MARINHO RIBEIRO

Email:

Endereço: PAULISTA-PE

CPF/CNPJ: 045.414.284-66

Telefone: 81 988206480 - 81 988421802

V1C - CONDUTOR DE V1 - MEDESON GOMES DE ARAUJO

V1C - Informações

Nome: MEDESON GOMES DE ARAUJO

CPF: 096.306.674-95

Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 03/10/1991

Sexo: Masculino

Usava capacete: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

UF: PE

Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 15/09/2011

Vencimento da habilitação: 29/03/2022

Nº Registro: 05303275388

Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA CINQUENTA E QUATRO, 0000000012, CASA, SAO FRANCISCO, CABO DE SANTO
AGOSTINHO-PE

Telefone: 988206480

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Informações complementares:

Tipo de Receptor: Outro

V2 - VEÍCULO 2 - PFB4339 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: PFB4339 Marca/modelo: RENAULT/SANDERO AUT1016V

Ano fabricação: 2011 Chassi: 93YBSR6RHCJ908209

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Mudando de faixa

Informações complementares: Para lama esquerdo com avarias, pneu esquerdo com avaria

Renavam: 00345782836

Tipo de veículo: Automóvel

Cor: Preta



Documento assinado eletronicamente por ANGELMA, inscrito 1771136, Polícia Rodoviária Federal, em 18/05/2019, conforme função oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 8.538, de 8 de outubro de 2010 e na alínea b do inciso II do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-CE, de 10 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/assessoria/identificacao>, informando o protocolo 19030249B01 e o número de controle 28E5EA167BA5TC117C8F9C3C1381.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19030249B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / RENAULT/SANDERO AUT 1016V

Placa: PFB4339

Nº BOAT: 19030249B01

Nome do Agente: ANGEIRAS

Matrícula do Agente: 1777136

Data: 08/08/2019

Item	Descrição do Item	Avaria	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X			
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANGEIRAS, matrícula 1777136, Polícia Rodoviária Federal, em 18/08/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.554, de 8 de outubro de 2010 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/novobolastentativas>, informando o protocolo 19030249B01 e o número de controle 29E9EA1975A87C117C8F9C3C31381.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19030249801

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ANDERSON, RAFAEL, inscrito 1777136, Polícia Rodoviária Federal, em 18/06/2016, conforme modelo oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 6.336, de 5 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 01-DG, de 15 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/boaspraticas/autenticar>, informando o protocolo 19030249801 e o número de controle 2B5EA1F332A87C117C8F9C3C513B1.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19030249B01

V2 - Proprietário

Nome: HAYSSA TUANY ALVES DE OLIVEIRA
Email:
Endereço: OLINDA-PE

CPF/CNPJ: 065.702.574-06
Telefone: 81-999643982

V2C - CONDUTOR DE V2 - BRUNO RAMOS DA CRUZ

V2C - Informações

Nome: BRUNO RAMOS DA CRUZ
CPF: 078.073.114-01
Estado físico: Ileso

Data de Nascimento: 07/09/1989
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PE
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 20/06/2011
Vencimento da habilitação: 11/02/2024

Nº Registro: 05231521617
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA PADRE TEOFILO TWORZ, 0000000412, BONJI, RECIFE-PE
Telefone: 999643982
Email:



Documento assinado eletronicamente por ARGIERAS, matrícula 1777156, Polícia Rodoviária Federal, em 16/08/2019, conforme padrão oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 8.636, de 8 de outubro de 2015 e na Súmula nº do INCD nº de art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DS, de 13 de novembro de 2019.
A autenticidade desse documento pode ser conferida na site <http://www.prf.gov.br/movobalautenticar>, informando o protocolo 19030249B01 e o número de controle 29695A18799AB7C117C8F5C2C51381.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nº do pedido ou ASL: _____ 3 - CPF de vítima: 096.306.674-95 4 - Nome completo da vítima: MEDESON BOMES DE ARAUJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: MEDESON BOMES DE ARAUJO 6 - CPF: 096.306.674-95
7 - Profissão: PROFESSOR 8 - Endereço: RUA 26, 03 9 - Número: 03 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: PLANALTA 12 - Cidade: PAUJOS 13 - Estado: PE 14 - CEP: _____
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81.98820.6780

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTRA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEANCA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0559 CONTA: 79623 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu não direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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 6.254/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, bem como a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.254/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) par(es)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando (viva, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo): _____
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo): _____
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo): _____

38 - 1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PAUJOS 09/12/19

X Medeson Gomes de Araujo
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000894 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MEDESON GOMES DE ARAUJO, 27 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 8327283 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 096.306.674-95, residente à RUA ENGENHO BARBALHO 2, nº SN, , ENGENHO BARBALHO 2, CABO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/06/2019, por volta das 21:06 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, CENTRO CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMÓVEL SANDERO, PRETA, PFB4339-PE ; MOTOCICLETA HONDA FAN PRETA PGP6005-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) MEDESON GOMES DE ARAUJO, inscrito sob o CPF nº 096.306.674-95 e Registro Geral nº 8327283, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 704146-2 JOÃO PAULO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 117315. Ficou aos cuidados do médico DANIELLE TETI, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 16/09/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2019APH000894

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MEDESON GOMES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00559

CONTA: 000000039623-2

Nr. da Autenticação 75FC1FA4C0687357



Recritório: PAULISTA

1011 FERNANDO RIBEIRO
R. VINTO 2 2212, N. 00403 - JACARA PAULISTA RT 13400-420
INSCRIÇÃO: 127.343.306.0000.000

— 25 —

09/2018-9

GRATTO 1.5

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 25724769.9

[illegible]

CONSUMED FOR FALSA

RECEIVED: 11/11/2013 10:11:11 AM
RECEIVED: 11/11/2013 10:11:11 AM

VALOR R\$

1.98

1.9.22

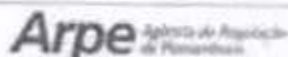
AGE	0.00	0.00	0.00
CGF100	0.00	0.00	0.00

20/10/2019

TOTAL & DUE: 14.22

1997-1998 1999-2000

Environ Biol Fish (2015) 98:1213–1223



STATEMENTS: 0800-0810195
 ALZAMENTS: 0800-0810195

0800-2813844

057216706-3

C 972024-2

20/10/2019

14-82

VIA COMPTON

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):

Capitais e regiões metropolitanas: 0229-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidélio: 0800 022 91

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?XTIPO=1&CODIGO=29638>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras (SAs) sigam e constituam cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identidade, o nome 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, conforme a 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, resseguro, 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, investigar, examinar e identificar as ocorrências suspeitadas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 613/98.

Peço respeito, eu LUBINAR DA SILVA OLIVEIRA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 406.033.406 / 63 na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) no âmbito do
MEDESAN DOMES DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o nº 096.306.674 / 95
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAR da vítima A. M. ESPINHA
inscrito (a) no CPF sob o nº _____ 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, reside 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 BUA SORTE</u>	Número: <u>812</u>	Complemento: <u>APT. 102</u>
Bairro: <u>DESTERRO</u>	Cidade: <u>ARACATUBA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____		Tel. (DDD) <u>81 99745.7471</u>

Local e Data: Aracatuba 04.12.19

[Assinatura]
Assinatura do Declarante