



09/03/2020

Número: **0004187-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/01/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAEL GOMES MARINHO COSTA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58916 694	09/03/2020 12:03	2699837_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00041871920208172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAFAEL GOMES MARINHO COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **06/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **26/07/2018**.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **06/07/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUEVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor." (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 27 de fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RAFAEL GOMES MARINHO COSTA** , em curso perante a **16ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00041871920208172001.

Rio de Janeiro, 27 de fevereiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





09/03/2020

Número: **0004187-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/01/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAEL GOMES MARINHO COSTA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58916695	09/03/2020 12:03	ANEXO 1	Outros (Documento)

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:	08/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01620-9

CONTA: 000008367285-0

Nr. da Autenticação BE590E6C64F6D138





RAFAEL GOMES MARTINS COSTA
R. MARCEL BERNARDES, 520 CASA 6F
MADALENA
RECIFE PE
50710-350



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DAS CIDADES
SECRETARIA DA PAZENDA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Boleto de Pagamento de Licenciamento 2019
Veículos Usados



VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES
RUA SALVADOR DE SA 470
AP 1403
ROSARINHO
52041-300 RECIFE PE

PCK3634

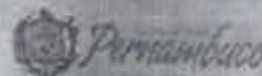
HYUNDAI/CRETA 20A PULSE

Carta

WVCE0000000198-DE-PE
DETRAN-PE

CC079K05

Data Postagem
17/01/2019



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradolider.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: 0800-1596 / 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 Ouvidoria: 0800-021-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?XTHPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 pessoa 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 restará à disposição de comunicação ao COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AERTE, CAPITALIZAÇÃO E RESGATE. * 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 ILEGAIS PREVISTAS NA LEI Nº 9.313/96.

Pelo exposto, eu Júlia Evangelista de Souza Alves

inscrito (a) no CPF/CNPJ 869.517.344/53 na qualidade de Procurador (x) / Intermediário (x) do Beneficiário

Rafael Gomes Marinho Costa inscrito (x) no CPF sob o nº 049.031.844/47

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidação da Vítima Rafael Gomes Marinho Costa

inscrito (a) no CPF sob o nº 049.031.844/47, 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 à 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 Salvador de Sá</u>	Número	<u>970</u>	Complemento	<u>Ap 1403</u>
Bairro	<u>Rosário</u>	Cidade	<u>Recife</u>	Estado	<u>PE</u>
E-mail	<u>juliane.souza.col@gmail.com</u>			CEP	<u>52041-300</u>
				Tel. (DDD)	<u>81.999656927</u>

Local e data: Recife, 06/06/2019

Júlia Evangelista de Souza Alves
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Data: 09/07/18

Hora: 14:00

Diagnóstico(s) Pré-Operatório: frat. de ossos de punho + exposto +
extensor polgarum longus + lesão tendinea do punho;

Procedimento(s): fixação cirúrgica de fratura exposta de ossos de punho +
reparo de extensor polgarum longus + tenotomia

Cirurgião: Juliano Medeiros 1º auxiliar: Faustino Parana

2º auxiliar: Faustino Parana 3º auxiliar:

Instrumentador(a):

Anestesista: Diego A. Ivo Tipo de anestesia: geral

Descrição Cirúrgica

1) Abordagem dorsal por incisão em Y no punho;
2) Abordagem dos fragmentos + fixação exposta por meio de lesão extensa no ligamento lateral de punho +
3) Lavagem extensiva q rol de 50%, pipetagem e absorção e punho limpo em totalidade;
4) Redução dos fragmentos de punho + fixação com fios de sutura e redução da pele;
5) Lavagem do punho + punho limpo e punho exposto;
6) Fechamento por planos + colocação de gaze sobre o punho

Diagnóstico(s) Pós-operatório: ☐ Mantido ☐ Alterado Qual? sem alteração

Complicações durante ato operatório: ☐ Sim ☒ Não Qual? sem

Houve perda sanguínea maior que 500 ml? ☐ Sim ☒ Não Uso de Hemocomponentes? ☐ Sim ☒ Não

Envio de material Histopatológico: ☐ Sim Nº de peças 1 ☒ Não

Plano Médico pós - cirúrgico:

1. Dieta: ☐ Zero ☐ Líquida ☐ Líquido Pastosa ☐ Branda ☐ Livre ☐ Outras Após: 12 hrs

2. Deambulação: Após: 12 hrs

3. Antibioticoterapia: ☒ Profilático ☐ Terapêutico Qual? Keftazol 2g

4. Profilaxia para Tromboembolismo: ☐ Mecânico ☐ Medicamentoso Qual?

HOSPITAL SANTA JOANA
RUA JOAQUIM NABUCO 200 - RECIFE - PE
(81) 3216-6666

REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTES

Registro: 1010012 - Interno Leito: UCC04 Prontuário(SAMK): 300185382

Ala: CIRURGICO Convênio: 150/03 CASBI/PLANO CASBI

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA Telefone: 81998254845
Endereço: RUA DO ESPINHEIRO N°781 Bairro: ESPINHEIRO
Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52020025
Profissão: ENCANATO Ext. Civil: Casado Natural de: RECIFE
Data de Nascimento: 13/02/1993 35 anos anos Sexo: Masculino Conjuge: JULYANA ROBERTA COSTA CORTES
Identidade: 5873288 CPF: 049.031.844-47

Responsável: JULYANA ROBERTA COSTA CORTES Telefone: (81)99825-4845
Ident. Resp.: 5353621 CPF Resp.: 049.737.424-22
Endereço: RUA DO ESPINHEIRO Bairro: ESPINHEIRO
Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52020025
Profissão: ECONOMISTA
Assinado: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA Telefone: (81)99825-4845
Nacionalidade: BRASILEIRO Validade: 07/07/2018
Gênero: M Senha: 1

Admissão: 06/07/2018, 11:10 h Previs. Alta: 07/07/2018, 10:00 h
Médico: ARTHUR BRUNO DE ARAUJO MEDEIROS Crm:12910 Cpf:88099938453

Procedimento Previsto:
Observação: COM ACOMPANHANTE / SO CAPE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado, para fins devidos, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal w/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não o paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com esse Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento ambulatorial ou hospitalar. Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer inadimplência que não for paga ao HOSPITAL SANTA JOANA pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de Prestação de Serviços.

Assinatura do Paciente / Responsável

Hospitais Associados do Pernambuco LTDA

Recife, ____/____/____

Recebido por: _____

Exceção: APOCOA

Alta: _____

Roxa: _____

Motivo: _____

Segto Extra: _____

Nutrição: _____

Faturamento: _____

Recife, 08 de Julho de 2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Cód. ME 204272 | Cód. WPD 412784

Médico (a)/ Dentista - Assinatura e Carimbo

Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

V. julho/2016



DATA: 2.1

☐ **General Medicine**

☐ Máscara de Assistência
☒ Aparelho de Anestesia

Medicação Pré-Anestésica

Medicação Pre-Anestésica: *midazolam 2mg*
 CIRURGIÃO: *Artur M. de Castro*

HORARIO DE INICIO:

QUANT

TÉCNICA ANESTÉSICA

INTERCORRÊNCIAS:

OS 802.494/0001-41

5.802.454
TRACATAMENTO
DE MUEBLES

11

100-175-51 902 HL-C

Alta da S.O. para:

 SIPA

11

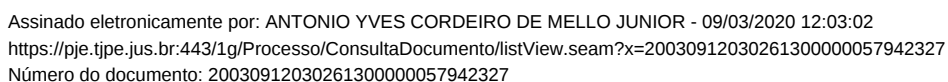
DATE _____

2

V. February 2018

Assinatura legível e carimbo do Anestesiologista

Scanned with CamScanner





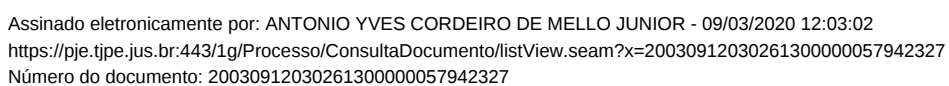
05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11/01/2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned with CamScanner



1754743421

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 SET 2019
Rua da Aurora, 141 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATIV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÁNSITO, DERAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:**

VALOR EM

R\$ 850,00

NOBRE DO CONTRATANTE Dirig. São de Paula

PLACA 0259634 C/VICINHO 020065294 89

ENDEREÇO Rua Manoel Gonçalves, 75

Alto do Retiro

LOCALIDADE Recife 10 de Outubro 2018

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDIDOR)

RECONHECIMENTO DE GRUPO DO PROPRIETÁRIO (VENDIDOR)
COMOQUE ANT. 289 C.R.C.

CARTÓRIO PORTO VIRGINIO

STEN. BORG DE PAULA, RUFEL 3003 NATAL DO DIA

Recife, 10 de outubro de 2018.

Assinatura Assinatura Assinatura

Em: 05.10.18 15:00 Total: R\$ 9,95

Valido somente com o selo 0070562-0810701801-03176 e 0070562-0810701801-03177

Naturalidade e presente cédula representativa emitida nesta serventia, que confere com o original, em 10 de outubro de 2018.

Em: 05.10.18 15:00 Total: R\$ 9,95



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 de 10/18
Rua da Aurora, nº 175, 51 902
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS FINANÇAS	
Nº 014085461954		18701530116	
DECLARAÇÃO DE REGISTRO DE VEÍCULO		18701530116	
PLACA 0259634		C/VICINHO 020065294 89	
ENDEREÇO Rua Manoel Gonçalves, 75		Alto do Retiro	
LOCALIDADE Recife 10 de Outubro 2018		ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDIDOR)	
RECONHECIMENTO DE GRUPO DO PROPRIETÁRIO (VENDIDOR)		COMOQUE ANT. 289 C.R.C.	
CARTÓRIO PORTO VIRGINIO		STEN. BORG DE PAULA, RUFEL 3003 NATAL DO DIA	
Recife, 10 de outubro de 2018.		Em: 05.10.18 15:00 Total: R\$ 9,95	
Valido somente com o selo 0070562-0810701801-03176 e 0070562-0810701801-03177			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190527308 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA COM LESÃO TENDINOSA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO-REDUÇÃO- DESBRIDAMENTO- TENORRAFIA- REPARO DO MÚSCULO TIBIAL TALA BOTA (P.1)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190527308 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA COM LESÃO TENDINOSA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO-REDUÇÃO- DESBRIDAMENTO- TENORRAFIA- REPARO DO MÚSCULO TIBIAL TALA BOTA (P.1)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Rafael Gomes Marinho Costa, brasileiro, solteiro, bancário, portador do RG nº 5873200, e inscrito no CPF nº 049.031.844-47, residente na rua padre Landim nº 320 casa f6 - Madalena, -Recife-PE.

OUTORGADA:

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB nº 18789, com endereço profissional Rua do Riachuelo nº 187, Sala 1201/02, Edf. Almirante Barrozo, Boa Vista-PE

PODERES:

Para representar o outorgante, perante as seguradoras referente ao Seguro Obrigatório-DPVAT, referente ao acidente ocorrido em 06 / 07 / 2018, para cobertura de invalidez.

Recife, 03 / 09 / 2019

CARTÓRIO PORTO VIRGINIO
Reconheço por autenticidade a firma manuscrita
de
RAFAEL GOMES MARINHO COSTA
Recife, 03 de setembro de 2019
Em Testemunho
Elicangela Rosa de Mendonça da Silva
(Escrivã Autorizada)
Fui: 1 x1 1,14 - TOME x1 1,41 - FUI x1 0,40 - TOME x1 0,20 - FUI x1 0,04 - TOME x1 0,09 - TOME x1 4,91
Seal: 0076502-2708201801-01643
Elicangela Mendonça

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315071/19

Vítima: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

CPF: 049.031.844-47

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES : 869.517.344-53

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

RAFAEL GOMES MARINHO COSTA : 049.031.844-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2019
Nome: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES
CPF: 869.517.344-53

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315071/19

Número do Sinistro: 3190527308

Vítima: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

CPF: 049.031.844-47

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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: 27/09/2019
Nome: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES
CPF: 869.517.344-53

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315071/19

Número do Sinistro: 3190527308

Vítima: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

CPF: 049.031.844-47

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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: 23/09/2019
Nome: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES
CPF: 869.517.344-53

VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190527308 Vítima: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

Data do Acidente: 06/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois no entregue não foi assinalada uma das opções.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01495/01496 - carta_03 - INVALIDEZ

00010748



Carta nº 14773041





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190527308 Vítima: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

Data do Acidente: 06/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois no entregue não foi assinalada uma das opções.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01785/01786 - carta_03 - INVALIDEZ

00050893



Carta nº 14800526





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527308

Vítima: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **RAFAEL GOMES MARINHO COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000001620-9**

Conta: **000008367285-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do serviço de RG:

CPF da vítima:

049.031.844-47

Nome completo da vítima:

RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 442/2012

Nome completo:

RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

CPF:

049.031.844-47

Profissão:

BANQUEIRO

Endereço:

RUA MANOEL BERNARDES 320 CASA F6

Número:

Complemento:

Bairro:

MADALENA

Cidade:

RECIFE

Estado:

PE

CEP:

50710-350

E-mail:

RAFAELGMC@GMAIL.COM

Tel (DDD):

0711

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

RENDA MENSAL:

☐ RECEIUSO INTERMEDIAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☒ R\$3.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPEIRAS (destinada para os serviços acima. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (bancos de banco)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

00

CONTA:

00

AGÊNCIA:

1620

9

CONTA:

8362

285

0

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sem qualquer ônus e retenção do crédito, quitação total do valor recebido.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ 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.

Por motivo de força maior, solicito o encaminhamento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, sem base na documentação apresentada, tendo em vista, desde já, sem qualquer ônus e retenção do crédito, a avaliação médica de rotina para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º. Declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a causa decorrente do meu acidente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheira? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou herdeiros (ou sucessores)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/vóz avós?

Estou ciente de que a Seguradora Lider (Sua), caso de morte, a indenização do Seguro DPVAT por morte é igual a beneficiária que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer contestação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

CPF: 049.031.844-47

(*) Assinatura de quem assina a RGDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGDO, na presença de 7 (sete) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo das informações, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/07/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Scanned with CamScanner

RECIFE-PE

VITIMA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0096004132**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/07/2018 às 14:25**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/7/2018 às 07:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BEIRA RIO, 10 - Bairro: MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

LUCIANA (AUTOR / AGENTE)
RAFAEL GOMES MARINHO COSTA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): LUCIANA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

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

RAFAEL GOMES MARINHO COSTA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELIZABETH GOMES MARINHO COSTA Pai: SAMUEL MARINHO COSTA Data de Nascimento: 13/2/1983 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA PADRE LANDIM, 320, CASA F6 - CEP: - Bairro: - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUCIANA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO, YAMAHA, PLACA KGN0785 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RAFAEL GOMES MARINHO COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RAFAEL GOMES MARINHO COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

FIAT, FIESTA, PLACA PFX5995 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCIANA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA NA AV BEIRA RIO SENTIDO PONTE DA TORRE NA FAIXA DA

05.802.494/0001-41
CORREÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUL 2018

26/07/2018 14:06

Rua da Aurora, 1115, X 201 RECIFE-PE

Boa Vista - CEP 50.050-010
RECIFE-PE



ESQUERDA QUANDO UM NEW FIESTA A SUA FRENTE TAMBÉM SENTIDO PONTE DA TORRE MAS NA FAIXA DA DIREITA FEZ UM RETORNO IRREGULAR O QUE FEZ A MESMA COLIDIR COM A LATERAL DA MOTO O QUE FEZ A VÍTIMA PERDER O EQUILÍBRIO E CAIR AO CHÃO . A VÍTIMA AINDA RELATA QUE APOS O IMPACTO A SENHORA LUCIANA ACELEROU O CARRO O QUE FEZ ARRASTAR A VÍTIMA ATÉ O MEIO FIO DO OUTRO LADO DA RUA . A VÍTIMA FICOU FERIDA NAS COSTAS E NA PERNA ESQUERDA EM VÁRIOS LOCAIS

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

RAFAEL GOMES MARINHO COSTA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO FERRAZ GOIANA LEAL** - Matrícula: **272788-9**

Antonio Ferraz Goiana Leal



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/03/2020
Rua da Aurora, 1126 - 50.060-010
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DA POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROFESSOR ARMANDO SAMICO

INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
PROFESSOR ARMANDO SAMICO
COM O ORIGINAL

02.07.19

Nazareth



Dados da Origem:

Nº CIODS: D602329

CIODS: D602329/2018 - DELEGACIA DE POLICIA DA 006A. CIRCUNSCRICAO - CORDEIRO - RECIFE

REQUISITANTE: Sr. Delegado 6º CP



Identificação do Laudo: uBZS1dFNfmycvPFeeQ_yoYHM16WuB6RhBTJ9_VTIU1

GGPOC - IC - ICPAS (Recife) - UNICOPLAN

Laudo Pericial: 21.417/2018

Dados do exame:

NATUREZA: COLISÃO

LOCAL DO FATO: AVENIDA BEIRA RIO, Nº 51, TORRE - RECIFE

DATA DA OCORRÊNCIA: N/C

ENVOLVIDO(S):

Destinatário:

6º CP

PERITO(A) CRIMINAL: Dr(a). PEDRO MARÇAL DANTAS FILHO

NÃO ACOMPANHA(M) PEÇA(S)

Rua Odorico Mendes, nº 706, Campo Grande - Recife - PE - CEP: 52.031-066
Fone: (81) 3183-5247 - Fax: (81) 3183-5233 - Email: ic@ads.pe.gov.br

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS-ETDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE





INSTITUTO DE CRIMINALISTICA
DEPT. TECNICO
SEÇÃO DE LAUDOS
ORIGINAL
E 02 01/12
N.º 123456789
DEPT. TECNICO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALISTICA PROF. ARMANDO SAMICO

EXAME PERICIAL EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO
LAUDO Nº 21417/2018

Laudo nº 21417/2018

Rua Odorico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife-PE - CEP: 52.031-080
Fone : (81) 33032036 - FAX : (81) 33032022 - E-mail: ic@sds.pe.gov.br

05.802.494/0001-41
FACILITADORA
DE SEGURANÇA LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 502 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

EXAME PERICIAL EM LOCAL DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO
LAUDO Nº 21417/2018

I - INTRODUÇÃO

DATA DA OCORRÊNCIA: Aos seis (06) dias do mês de julho (07) do ano de dois mil e dezoito (2018);
AUTORIDADE REQUISITANTE: Centro Integrado de Operações de Defesa Social - CIODS - PE, Ocorrência nº **D602329**.
HORA DA CHAMADA: Às nove horas (09h);
HORA DA CHEGADA: Às nove horas e vinte e cinco minutos (09h25min);
LOCAL DO EVENTO: Av. Beira Rio, defronte ao imóvel nº 51, localizada no bairro da Torre, nesta Capital do Estado de Pernambuco; na (6ª) Circunscrição Policial;
NATUREZA DO FATO: Colisão;
TÉRMINO DO EXAME: Às dez horas e dez minutos (10h10min), do mesmo dia.

II - HISTÓRICO DO CASO

CONDIÇÕES DO LOCAL: No trecho em que o fato ocorreu, da supracitada avenida, que estava localizado em área urbana, ladeado por imóveis residenciais de um lado e o Rio Capibaribe do outro, desenvolvia-se em linha reta e em nível, era pavimentado por capeamento asfáltico em bom estado de conservação e oferecia sentido duplo de tráfego Madalena / Ponte da Torre e vice-versa, com o mesmo espaço de tráfego para quatro (04) faixas de rolamento, separadas e orientadas duas a duas (2 a 2) por Faixas de Canalização (v. desenho). O tempo estava chuvoso com a pista escorregadia e o fluxo e refluxo de veículos era grande.

Presente(s), no local da perícia, a VT-10, comandada pelo G.M. Túlio, matrícula nº 61291-3, pertencente a CTTU/Recife-PE.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS: Autopasseio da Marca Ford, do tipo/modelo Fiesta, na cor vermelha e placas de matrícula PFX-5995/PE; e Motocicleta da Marca Yamaha, do tipo/modelo Ténéré, na cor branca e placa de

Laudo nº 21417/2018

Rua: Odeirico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife-PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 33032036 - FAX: (81) 33032022 - E-mail: ic@ids.pe.gov.br

05 802 494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

matrícula KGN-0785/PE; os quais, no decorrer do presente documento, serão denominados de V1(Autopasseio) e V2(Moto), respectivamente.

SENTIDO DE TRÁFEGO DOS VEÍCULOS: Trafegavam, por seus condutores, na Av. Beira Rio com o V1(Autopasseio) em manobra transversal na via da faixa de sentido Madalena / Ponte da Torre para faixa de sentido contrário e o V2(Moto) pelo sentido de tráfego Madalena / Ponte da Torre.

POSICIONAMENTO DOS VEÍCULOS: Ver desenho esquemático em anexo.

DANOS MATERIAIS: V1(Autopasseio) apresentava avarias aparentes de média intensidade no SETOR FRONTAL ESQUERDO e MÉDIO; e V2(Moto) apresentava avarias aparentes de leve a média intensidade no SETORES LATERAL ANTERIOR DIREITO e LATERAL ESQUERDO com reflexos para o baú.

CONDUTORES DOS VEÍCULOS: Apresentou-se como condutora do V1(Autopasseio) LUCIANA BISPO DE SOUZA VIEIRA, que disse residir na Rua Demócrito de Souza Filho, nº 350, Aptº 401-A, bairro Madalena, Recife-PE, portadora da CNH/RG/Nº 00345648455 Detran-PE; e a equipe de trânsito apresentou os documentos do condutor do V2(Moto) RAFAEL GOMES MARINHO COSTA, CNH/RG/Nº 02436703161 Detran-PE.

VÍTIMA(S): Condutor do V2(Moto), que foi socorrido, segundo informações da equipe de trânsito.

TESTEMUNHA(S): Não se apresentou ao signatário até o final dos exames periciais.

III - EXAMES PROCEDIDOS

As bandas de rodagem dos pneumáticos, do V2(Moto), não se encontravam em condições de trafegabilidade.

Quanto ao sistema de segurança para o tráfego (freio e direção), dos veículos em lide, encontravam-se em condições normais de uso.

IV - ANÁLISE TÉCNICA

Examinando o local, disciplinamento de trânsito, formações das sedes das avarias, posição e condições em que foram encontrados

Lauda nº 214172018

Rua Odorico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife-PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 33032036 - FAX: (81) 33032022 - E-mail: ic@sa.pe.gov.br

05.802.494/0001-41
TRACAD
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

02.01.19

Handwritten signature



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

os veículos; pôde entender o perito criminal que o fato ocorreu, quando o V1(Autopasseio), por sua condutora, trafegava na Av. Beira Rio e efetuava uma manobra transversal (de retorno) da faixa de sentido de tráfego, Madalena / Ponte da Torre para faixa de sentido contrário, inadvertidamente, haja vista a presença das Faixas de Canalização separando e orientando a via, momento em que, interceptou o sentido normal de tráfego e COLIDIU com seu SETOR FRONTAL ESQUERDO e MÉDIO contra o SETOR LATERAL DIREITO do V2(Moto), por seu condutor, trafegava na mesma via do V1, porém em sentido normal de tráfego Madalena / Ponte da Torre; após a COLISÃO, os veículos foram encontrados de acordo com o desenho esquemático em apenso.

OBS: "As poses digitais referentes a presente perícia estão arquivadas neste instituto e serão oferecidas as cópias, caso necessário, para futuros esclarecimentos, mediante requisitório da autoridade competente".

V - CONCLUSÕES

Tendo em vista aos trabalhos periciais realizados no Local da Ocorrência de Trânsito e tudo o mais quanto ficou exposto no corpo do presente laudo. O perito signatário por ele responsável, conclui que:

- a) Na data e local retrocitados, envolveram-se num ACIDENTE DE TRÂNSITO do tipo COLISÃO:

V1- Autopasseio da Marca Ford, do tipo/modelo Fiesta, na cor vermelha e placas de matrícula PFX-5995/PE;

V2- Motocicleta da Marca Yamaha, do tipo/modelo Ténéré, na cor branca e placa de matrícula KGN-0785/PE.

- b) Do evento de trânsito, resultaram DANOS MATERIAIS APARENTES nos veículos nele envolvidos e FERIMENTOS no condutor do V2(Moto), que foi socorrido, segundo informações da equipe de trânsito.

Laudo nº 21417/2018

Rua Odorico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife-PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 33032036 - FAX: (81) 33032022 - E-mail: ic@sdspg.gov.br

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 54.060-010
RECIFE-PE





INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL
DEPT. DE DEFESA SOCIAL
CO. DE DEFESA SOCIAL
F. 02.01.13
Armando Samico
INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

c) A causa determinante do evento de trânsito foi a interceptação do sentido normal de tráfego do V2(Moto) por parte da condutora do V1(Autopasseio), esse último, ao efetuar, inadvertidamente uma manobra transversal na via, haja vista as Faixas de Canalização que separava e orientava a via, conforme descrito no corpo do presente laudo.

VI - ENCERRAMENTO

EU, PEDRO MARÇAL DANTAS FILHO, Perito Criminal do Instituto de Criminalística Professor Armando Samico, redigi o presente laudo de Exame em Local de Ocorrência de Trânsito, que se encontra digitado no anverso de quatro (04) folhas de papel tamanho oficial, uma original e uma cópia, a encimar o timbre do Estado de Pernambuco.

Ilustra-o um (01) desenho esquemático.

SDS - GGPOC - ICPAS, em Recife, aos trinta dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezoito (30/08/2018).

PEDRO MARÇAL DANTAS FILHO
23393475487 PE
Assinado digitalmente por PEDRO MARÇAL DANTAS FILHO
CPF: 23393475487
Data: 30/08/2018 12:49:52
Assinatura: IC-UNICPLAN-REC
Data: 30/08/2018 12:49:52
Foxit Reader Versão: 9.2.0

Dr. PEDRO MARÇAL DANTAS FILHO.
Perito Criminal

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/08/2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Laudo nº 25417/2018

RECIFE-PE

Fol. 05/08

Rua Odorico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife-PE - CEP: 52.031-080
Fone: (81) 33032036 - FAX: (81) 33032022 - E-mail: ic@uds.pe.gov.br



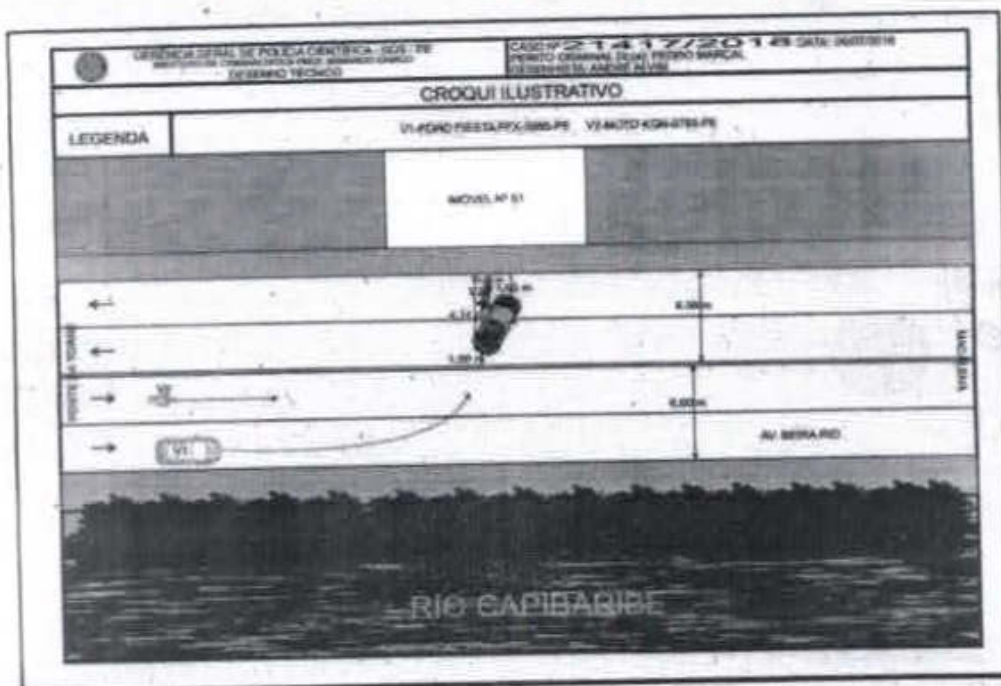


INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
DEPT. TÉCNICO
SEÇÃO DE LAUDOS
C/...
02/01/19
R...
DEPT. TÉCNICO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA PROF. ARMANDO SAMICO

DESENHO ESQUEMÁTICO



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Pn. 06/6

Lauda nº 21417/2018

Rua Odorico Mendes, nº 700 - Campo Grande - Recife-PE - CEP: 52.031-080
Fone : (81) 33032036 - FAX : (81) 33032022 - E-mail: ic@ads.pe.gov.br





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do serviço de RG:

CPF da vítima:

049.031.844-47

Nome completo da vítima:

RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 442/2012

Nome completo:

RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

CPF:

049.031.844-47

Profissão:

BANQUEIRO

Endereço:

RUA MANOEL BERNARDES 320 CASA F6

Estado:

PE

Bairro:

MADALENA

Cidade:

RECIFE

CEP:

50710-350

E-mail:

RAFAELGMC@GMAIL.COM

Tel (DDD):

0711

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

RENDA MENSAL:

☐ RECEIUSO INTERMEDIAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☒ R\$3.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPEIRAS (destinada para os serviços acima. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (bancos de banco)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

00

CONTA:

00

AGÊNCIA:

1620

9

CONTA:

8362

285

0

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sem qualquer ônus e retenção de crédito, quitação total do valor recebido.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ 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.

Por motivo de força maior, solicito o encaminhamento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, sem base na documentação apresentada, tendo em vista, desde já, sem qualquer ônus e retenção de crédito, a avaliação médica de qualificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 6.194/74, arts. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a, caso discordar, de sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheira? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou herdeiros (ou sucessores)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/vóz/via? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider Seguros, com base, a indenização do Seguro DPVAT por morte é igual a beneficiária que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer contestação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

CPF: 049.031.844-47

(*) Assinatura de quem assina a RGDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 7 (sete) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo das informações prestadas, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/07/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Scanned with CamScanner

RECIFE-PE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 049.031.844-47 4 - Nome completo da vítima: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SU/SEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA 6 - CPF: 049.031.844-47

7 - Profissão: BANCÁRIO 8 - Endereço: RUA PADRE LANDIM 9 - Número: 320 10 - Complemento: CASA F6

11 - Bairro: MADALENA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.710-350

15 - E-mail: RAFA.GMC@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 81-99825-4845

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 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 CONTA: ☒ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (337) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 3620 9 CONTA: 8367285 0

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.294/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gênero 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não habilitado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, RECIFE 23 DE SETEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

Scanned by CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 049.031.844-47 4 - Nome completo da vítima: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SU/SEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA 6 - CPF: 049.031.844-47

7 - Profissão: BANCÁRIO 8 - Endereço: RUA PADRE LANDIM 9 - Número: 320 10 - Complemento: CASA F6

11 - Bairro: MADALENA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50.710-350

15 - E-mail: RAFA.GMC@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 81-99825-4845

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 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 CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (337) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 3620 9 CONTA: 8367285 0

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.294/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gênero da vítima 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou esposo(a) ou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não habilitado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, RECIFE 23 DE SETEMBRO DE 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

Scanned by CamScanner

3190527308



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DIÁRIOS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do contrato ou RGL:

3 - CPF da vítima:

049.031.844-47

4 - Nome completo da vítima:

RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FORMA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPV Nº 463/2013

5 - Nome completo:

RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

6 - CPF:

049.031.844-47

7 - Profissão:

BANCAÁRIO

8 - Endereço:

RUA MANOEL BERNARDES

9 - Número:

320

10 - Complemento:

CASA 66

11 - Bairro:

MADALEIRA

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50.710-350

15 - E-mail:

RAFAGNCC@GMAIL.COM

16 - Telefone:

(31) 9995-4245

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 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 CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POU-PAÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (343)☐ Banco do Brasil (301)☐ Caixa Econômica Federal (304)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

3620

9

CONTA:

9367285

0

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação da 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinado, solicito o encaminhamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Data de Parto 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:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (herança)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mãe vivos?

☐ Sim☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não indenizado

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE 25 DE SETEMBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

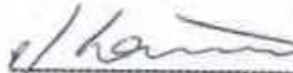
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA21 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902
800 Vista - CEP 50.060-1
RECIFE-PE

Scanned with CamScanner

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	054.05.2019
DATA	20.05.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **RAFAEL GOMES MARINHO COSTA**, portador do Documento de Identidade nº **5873200** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **049.031.844-47**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-498591**, que no dia 06 de julho de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 07h40, na Avenida Beira Rio, em frente a Academia da Cidade, imediações a Feira Livre de Orgânico, no bairro Torre, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Santa Joana.
Recife, 20 de maio de 2019.



Carlos Eduardo Mendo
Gerente Operacional
Atendimento e Atendimento
SAMU Metropolitano do Recife
Recife, 20 de maio de 2019

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060-140 Fone: 3355-7450

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

