

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

05.802.494/0001-41
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

**PREVIDÊNCIA SOCIAL**
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**FAC**
FEEDBACK

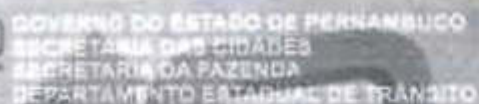
033121



RAFAEL GOMES MARINHO COSTA
R. MARCEL BERNARDES, 820 CASA 6F
MADALENA
RECIFE - PE
50710-350



R. PE Low DIN
320
003

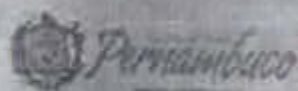
Boleto de Pagamento de Licenciamento 2019
Veículos Usados

PCK3634

HYUNDAI/CRETA 20A PULSE

Carta

OETKAMP

Date Postagem
17/01/2012

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 501 2019

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

ARUANA SEGUIRANORA
14 MAR 2011



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: 4020-1590 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 81 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

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/BIBLIOTECASIB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=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 recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAX, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ANKETA, 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.303/96.

Pelo exposto, eu Juiane Evangelista de Souza Alves
inscrito (a) no CPF/CNPJ 869.517.344, 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Rafael Gomes Marinho Costa inscrito (a) no CPF sob o nº 049.031.844, 47
do sinistro de DPVAX cobertura Invalididez 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;
☒ Recusa Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAX, 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>470</u>	Complemento: <u>Ap 1403</u>
Bairro: <u>Rosário</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>Juiane.souza.costa@gmail.com</u>	CEP: <u>52041-300</u>	Tel. (DDD): <u>81.999656927</u>

Local e data:

Recife, 06/06/2019

Juiane Evangelista de Souza Alves
Assinatura do Declarante

DL0HL001 V001/2017

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

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

Data: 06/07/18

Hora: 14:00

Diagnóstico(s) Pré-Operatório: frat. de ossos de perna e exposto +

Extensos ferimentos no pé + lesão tendão do pé;

Procedimento(s): Ho cirurgia de fr. do osso de perna +

ho cirurgia de estase lesão do pé + fratura

Cirurgião: Arthur Medeiros 1ª auxiliar: Faustino

2ª auxiliar: Faustino 3ª auxiliar:

Instrumentador(a):

Anestesista: Dr. A. Ivo Tipo de anestesia: gnd

Descrição Cirúrgica

1) Ata em decúbito dorsal sob anestesia em mesa

unilateral;

2) Abordagem dos ferimentos + fotografixões por

arco de lesão extensa no região entre lateral de

perna +

3) lavagem extensiva q rol de 50%, retirada

de todos os corpos e pedo arco em tibia lateral e

fibula;

4) preparado desbridamento de ferimentos extens

e profundos com curativos e curativos de fratura

5) fratura do tibia e fibula por fratura exposta

* arterial Implantado: ☐ Sim ☒ Não Qual? 6) fechamento por placa

+ colocação de tala bota em tpe

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

pac. e lesão mais extensa, placa sobre o músculo

fibula mas o resto muscular foi preservado

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

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? Kefzol 2g

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

HOSPITAL SANTA JOANA
RUA JOAQUIM NABUCO 200 - RECIFE - PE
(01) 3216-6666

REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTES

Registro: 1010012 - Interno Leito: UCC04 Prontuário(SAMK): 300185382
Ala: CIRURGICO Convênio: 155/02 CASBI/PLANO CASBI

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA Telefone: 81998254845
Endereço: RUA DO ESPINHEIRO Nº 781 Bairro: ESPINHEIRO
Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 53020025
Profissão: EDUCADOR Ext. Civil: Casado Natural de: RECIFE
Nascimento: 13/02/1993 35 anos anos Sexo: Masculino Conjuge: JULYANA ROBERTA COSTA CORTES
Identidade: 5833288 CPF: 049.031.644-47

Responsável: JULYANA ROBERTA COSTA CORTES Telefone: (81)99825-4845
Ident. Resp.: 8353621 CPF Resp.: 049.737.424-22
Endereço: RUA DO ESPINHEIRO Bairro: ESPINHEIRO
Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 53020025
Profissão: EDUCADOR Telefone: (81)99825-4845
Assinado: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

Identidade: D019083672850013 Validade: 07/07/2018
Data: Senha: 1

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

Procedimento Previsto:
Observação: COM ACOMPANHANTE / SO CAFE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado, para fins devidos, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/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 importância que não for paga a este 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: _____

Fonte Exte.: _____

Nutrição: _____

Faturamento: _____

Recife, 08 de Julho de 2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018

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

et 17

Data: 07/07/18

Hora: 14:00

Diagnóstico (s) Pré-Operatório: fract de corpo do fêmur t exposto +

Extensão femoral no m. ilio + lesão tendões do fêmur:

Procedimento(s): Ho cirurgia de fix. aberta do corpo do fêmur +

ho cirurgia de extense de lesão de partes moles + lavagem

Cirurgião: Arthur Medeiros 1ª auxiliar: Fernando Farias

2ª auxiliar: João Wanderley 3ª auxiliar:

Instrumentador(a): Adriano A. Ivo Tipo de anestesia: gnd

Anestesista: Adriano A. Ivo

Descrição Cirúrgica

1) Ata em decubito dorsal sob mesa em mesa

2) Abordagem dos ferimentos + fotografixão do

ano de lesão extense no região entre lateral de

3) Lavagem extensiva q. tol de 500 ml, p. m. de

4) Pedicelo de desbridamento de ferimento, exten.

5) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

6) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

7) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

8) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

9) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

10) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

11) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

12) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

13) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

14) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

15) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

16) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

17) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

18) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

19) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

20) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

21) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

22) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

23) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

24) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

25) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

26) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

27) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

28) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

29) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

30) Lavagem do ferimento + lavagem muscular + lavagem

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? Kefzol 2g

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



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

[illegible]

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, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



25054-26

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 @ 08:41

Em testemunho do Varydada
Elicangela Josa de Mendonça da Silva
(Escriturante Autorizada)

Paul: 1 x1 5,18 - 1000 x2 0,40 - 1000 x3 0,40 - 1000 x4 0,40
11,20 - 1000 x5 0,40 - 1000 x6 0,40 - 1000 x7 0,40 - 1000 x8 0,40
Saldo: 0076302.17V08201804/01663

Elicangela Mendonça

POSSUI A ASSINATURA PORTO - TITULAR

Assinatura: Rafael Gomes Marinho Costa - CPF: 049.031.844-47

Assinatura: Viviane Evangelista de Souza Alves - OAB: 18789

Assinatura: Rafael Gomes Marinho Costa - CPF: 049.031.844-47

Assinatura: Viviane Evangelista de Souza Alves - OAB: 18789

Assinatura: Rafael Gomes Marinho Costa - CPF: 049.031.844-47

Assinatura: Viviane Evangelista de Souza Alves - OAB: 18789

Assinatura: Rafael Gomes Marinho Costa - CPF: 049.031.844-47

Assinatura: Viviane Evangelista de Souza Alves - OAB: 18789

Assinatura: Rafael Gomes Marinho Costa - CPF: 049.031.844-47

Assinatura: Viviane Evangelista de Souza Alves - OAB: 18789

Assinatura: Rafael Gomes Marinho Costa - CPF: 049.031.844-47

Assinatura: Viviane Evangelista de Souza Alves - OAB: 18789

Assinatura: Rafael Gomes Marinho Costa - CPF: 049.031.844-47

Assinatura: Viviane Evangelista de Souza Alves - OAB: 18789

Assinatura: Rafael Gomes Marinho Costa - CPF: 049.031.844-47

Assinatura: Viviane Evangelista de Souza Alves - OAB: 18789

Assinatura: Rafael Gomes Marinho Costa - CPF: 049.031.844-47

Assinatura: Viviane Evangelista de Souza Alves - OAB: 18789

Assinatura: Rafael Gomes Marinho Costa - CPF: 049.031.844-47

Assinatura: Viviane Evangelista de Souza Alves - OAB: 18789

Assinatura: Rafael Gomes Marinho Costa - CPF: 049.031.844-47

Assinatura: Viviane Evangelista de Souza Alves - OAB: 18789

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar, Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

Titular do CPF: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA

CPF de: Próprio

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

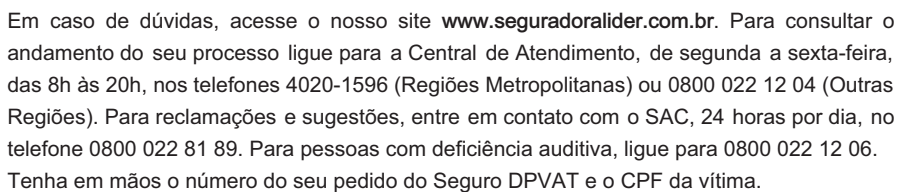
Data da apresentação: 23/09/2019
Nome: VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES
CPF: 869.517.344-53

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



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



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

Nº do sinistro ou RG: _____ CPF do vítima: 049.031.844-43 Nome completo da vítima: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SU/SEP Nº 440/2012
 Nome completo: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA CPF: 049.031.844-43
 Profissão: BANCÁRIO Endereço: RUA MANOEL BERNARDDES 320 CASA F6 Número: _____ Complemento: _____
 Bairro: MADALENA Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50710-350
 E-mail: RAFA.GMC@GMAIL.COM Tel (DDD): 071

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

RENDA MENSAL:
☐ RECEBENDO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☒ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
 AGÊNCIA: 1620 9 CONTA: 8367285 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a criar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, ressaltando e dando, desde já e somente após a efetivação 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 da 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.

Para motivo pessoal, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, sem base na documentação apresentada, compreendendo, desde já, em me submeter à avaliação médica às costas da Seguradora Lider 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 contestação, caso discente do meu contratado.

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 companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou substituto (ou sucessor)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/vócos vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso decrete, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e propuserem 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 violação do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: _____
 Nome: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA
 CPF: 049.031.844-43
 (Assinatura de quem assina a RGDO)
 Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____
 TESTEMUNHAIS
 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 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor dos conteúdos, atos de preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 11 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Scanned with CamScanner

RECIFE-PE



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: **AUTOMOVEL/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
CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

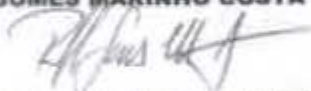
11 SET 2018

26/07/2018 14:06
Boa Vista - CEP: 50050-010
RECIFE-PE

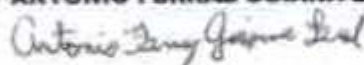
ESQUERDA QUANDO UM NEW FIESTA A SUA FRENTE TAMBÉM SENTIDO PONTE DA TORRE MAS NA FAIXA DA DIREITA FEZ UM RETORNO IRREGULAR O QUE FEZ A MESMA COLIDIR COM A LATERAL DA MOTO O QUE FEZ A VÍTIMA PERDER O EQUILÍBRIO E CAIR AO CHÃO . A VÍTIMA AINDA RELATA QUE APOS O IMPACTO A SENHORA LUCIANA ACELEROU O CARRO 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**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/07/2019

Rua da Aurora, 11260-75001-01, C
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

02.01.19

Nº 11



Dados da Origem:

Nº CIODS: D602329

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

REQUISITANTE: Sr. Delegado 6ª CP



Identificação do Laudo: uBZS1tFNFrycvPFeeD_yoYHM15WuB8RbBTk9_VTU1

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:

6ª 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: 52.031-000
Fone: (81) 3183-6247 - Fax: (81) 3183-6233 - Email: ic@uds.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 CRIMINALÍSTICA
DEPT. TÉCNICO
SEÇÃO DE LAUDOS
ORIGINAL
E 02.01.13
Núncio
DEPT. TÉCNICO



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

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@sdsp.pe.gov.br

05.802.494/0001-41
RACACORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018

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

DE 802.494/0001-41
TRACAO 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 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 apenso.

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 21417/2018

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 - S.A. SUCROTORA
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
GERENCIA GERAL DE POLICIA CIENTIFICA
INSTITUTO DE CRIMINALISTICA
02.01.19
Hernando
CHEFE DE SEÇÃO DE LAUDO



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:52.051-080
Fone: (81) 33032036 - FAX: (81) 33032022 - E-mail: ic@sds.pe.gov.br

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
FIL. 048

Rua da Aurora, Nº 175, 5L 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL	LISTA DE
DE	DE
SE	DE
CO	DE
02	01
13	
Recife	
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

Assinado digitalmente por PEDRO MARÇAL DANTAS FILHO
CPF: 23393475487
Direção: O-ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e CPF A3, OU=EM BRASILEIRO, OU=AR SERASA, CN=PEDRO MARÇAL DANTAS FILHO, 23393475487
Data: 2018-10-02 12:49:52
Fórmula: IC-UNICPLAN-REC
Fórmula: Versão: 9.2.0

Dr. PEDRO MARÇAL DANTAS FILHO.
Perito Criminal

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/01/2019

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

Laudo nº 21417/2018

RECIFE-PE

Folha 05/08

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

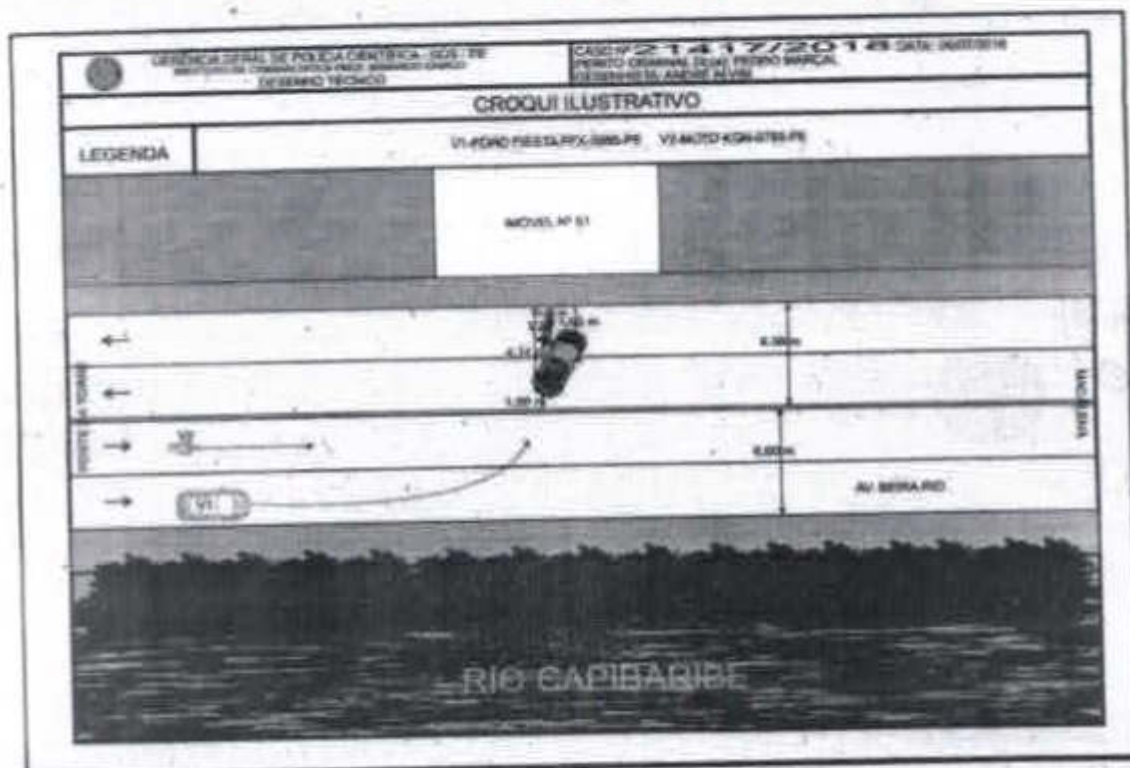


INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA
DEPT. TÉCNICO
SEÇÃO DE LAUDOS
CÓPIA ORIGINAL
02.01.19
Korinatti
DEPT. DE CRIMINALÍSTICA



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

Laudos nº 21417/2018

Fm: 05/6

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou RG: _____ CPF da vítima: 049.031.844-43 Nome completo da vítima: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SU/SEP Nº 440/2012
 Nome completo: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA CPF: 049.031.844-43
 Profissão: BANCÁRIO Endereço: RUA MANOEL BERNARDDES 320 CASA F6 Número: _____ Complemento: _____
 Bairro: MADALENA Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50710-350
 E-mail: RAFA.GMC@GMAIL.COM Tel (DDD): 071

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

RENDA MENSAL:
☐ RECEBENDO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☒ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
 AGÊNCIA: 1620 9 CONTA: 8367285 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a criar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, ressaltando e dando, desde já e somente após a efetivação 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 da 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.

Para motivo pessoal, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, sem base na documentação apresentada, compreendendo, desde já, em me submeter à avaliação médica às costas da Seguradora Lider 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 contestação, caso discorde do seu resultado.

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 companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou substituto (ou sucessor)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/vócos vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso decrete, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e propuserem 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 violação do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: _____
 Nome: RAFAEL GOMES MARINHO COSTA
 CPF: 049.031.844-43
 (Assinatura de quem assina a RGDO)
 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 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor dos conteúdos, atos de preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 11 SET 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 049.031.844-43 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: 049.031.844-43
7 - Profissão: BANCAÁRIO 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 (PAIS, 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 1620 9 CONTA: 8367285 0
(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 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 (assinale 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, constando, 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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNV) ☐ 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 nascido(a) menor? ☐ 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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: 05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: 23.581.777
Assinatura da testemunha

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)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 049.031.844-43 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: 049.031.844-43
7 - Profissão: BANCAÁRIO 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 (PAIS, 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 1620 9 CONTA: 8367285 0
(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 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 (assinale 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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNV) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascido(a) menor? ☐ 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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: 05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: 23.581.777
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: RECIFE 23 DE SETEMBRO DE 2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

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
Administração Financeira
SAMU - SAMU Metropolitano Recife
192 - 192

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