

PROCURAÇÃO

Outorgante: **JOSÉ BENTO DA SILVA** brasileiro, solteiro, cobrador, portador do RG 1802500097 MT/PE e CPF/ME nº 084.537.284-02 residente e domiciliado na RUA S BENTO, N. 05 JARDIM IPIRANGA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PE, que ao final assina.

Outorgada: **FABIANA CHRISTINE ARAÚJO CARNEIRO**, brasileira, casada, advogada, OAB/PE 26.526 e **NANDÍZIA FRANCIELE BARBOSA PEREIRA LEITE**, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/PE 27.927, ambas com endereço profissional sito à Rua Drº José Rufino Bezerra, nº 110, Matriz, Vitória de Santo Antão/PE, CEP 55612-410.

Poderes: Os constantes na cláusula "Ad Judicia" para, representar e defender os interesses da outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propondo as ações que julgar competente, e defender nas contrárias, podendo interpor os recursos necessários, acompanhando em todos os seus trâmites, até a decisão final, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para em nome da outorgante receber notificações e intimações, requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, recorrer, transigir, receber, quitar, desarquivar processos, receber e quitar Alvará Judicial, apresentar contra-razões, podendo ainda substabelecer o presente mandato, no todo ou em parte, com ou sem reservas de poderes.

Enfim, praticar todos os atos necessários para o bom, firme e fiel desempenho do presente.

Vitória de Santo Antão (PE), em 10 de julho de 2015



JOSÉ BENTO DA SILVA

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Rec 02

Eu, **JOSÉ BENTO DA SILVA** brasileiro, solteiro, cobrador, portador do Rg.1802500097 MT/PE e CPF n° 084.537.284-02 residente e domiciliado na RUA S BENTO, N. 05 JARDIM IPIRANGA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO- PE, CEP: 55600-000., **DECLARO**, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com as custas deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

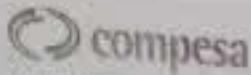
Vitória de Santo Antão (PE), 10 de julho 2015.


JOSE BENTO DA SILVA

Declarante

104

682295580



CNPJ 08.789.033/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA 35 DE NOVEBRO - ARR. - 00192 - CENTRO VITO.
RIA DE SANTO ANTAO PE 55602-238

DADOS DO CLIENTE

NOME: MARIA DO CARMO DA SILVA
RUA: R S BENTO, N. 0005 - JARDIM IPIRANGA VITORIA DE SANTO ANTAO PE
55600-000

INSCRIÇÃO: 168.145.005.0027.000 GRUPO: A - DEB. AUTOMATICO - 27566602

LIGADO: POTENCIAL: 02/06/2015 02/07/2015 MEDIA: 10

TIPO DE CONSUMO (M3):

AGUA:
LEIT ANT: 141 CONSUMO: 5
LEIT ATU: 141
LEIT FAT: 141 HD PARADO

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO

05/2015 07
04/2015 02
03/2015 06
02/2015 01
01/2015 10
12/2014 04
MEDIA: 05

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	FRIG. PORT. MS 2.314/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	84	84	84
COR APARENTE	84	84	84
CORO RESIDUAL	84	84	84
KOLIF. TOTAIS	84	84	84
E. COLI	84	84	84

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE AGUA	5.43	33,65
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2015		0,65
JUROS DE MORA 03/2015		0,33

MS	33,65	1,65	8,56
CONSUMO	33,65	7,60	2,56

VERIFICACAO: 15/07/2015 TOTAL A PAGAR: 34,63

MESSAGEN:

UM

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital João Murilo
FICHA DE ATENDIMENTO

2805

HJM

Ido Registro: E2025503	Data e Hora de Atendimento: 23/03/2014 17:20	Prontuário Local: Prontuário Integrado:	Local de Entrada: EMERGÊNCIA GERAL NOVO SEQUENCIAI
------------------------	--	---	--

ações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

28 JOSE BENTO DA SILVA Nascimento: 23/09/1989 Idade: 24 Sexo: Masculino Cor: Parda

Civil: Solteiro(a) Profissão: **** Naturalidade: VSA PE Nacionalidade: BR

Estado de Identidade: NAO DECL
Filiação: IRACI BENTO DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc.): RUA 15 DE NOVEMBRO Complemento: N 386

CENTRO Cidade: VITORIA DE SANTO ANTAO UF: PE Telefone: NT

Acompanhante: SAMU - LUCINEA

Relato: Acid. Trânsito - Colisão Veículo com Moto (AT)

Local Ocorrência: Via Pública

Atendimento Médico:

Hora:

Médico:

Modo de Transporte:

CRM: X

(Principal: *vitória de santo antão*)

Local do Trauma:

Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Estado de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Estado: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Local do Impacto: Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Estado de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: ☐

Adure: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte realizado por:

Des de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

ações:

Físico:

Arterial: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: °C

Respiratório

Circulatório: PA: X mm Puls: bpm

Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Exame de Abertura Ocular: Glasgow: Resposta Verbal: Hora: Glasgow: Resposta Motora: Hora:

Exame de Abertura Ocular: Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:

TAL MEMORIAL ARMINDO MOUR
rontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 09/04/2014 11:59

to: 81005 Entrada: 25/03/2014 Hora: 14:50
Bo: LEITO 04
SUS ESTADO - INTERNAMENTO
vel: NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR

Enfermaria: ENFERMARIA 15
Permanência: 14 Dia(s), 21 horas
Metrícula:
Identidade:
C.N.S.: 705006016943954

29558 JOSE BENTO DA SILVA
23/09/1989 (24 Anos e 6 Meses)
RUA JOSE XAVIER DE MORAIS
LAGOA REDONDA C.E.P.: 55602-835
2616407 VITORIA DE SANTO ANTAO
NAO DECLARADO
IRACI BENTO DA SILVA
ade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 08453728402
Identidade: 1802500097 - MT - PE
Telefone: / 88051809
G.Instrução:
Ocupação: COBRADOR
Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO

PEDIA / TRAUMATOLOGIA

DESIGNAÇÃO CIRURGIA

o: JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA - CRM : 15595
ERMES
ista: PABLO
ntador:

RA DIAFISE TIBIA ESQ

R FRATURA TIBIA

velo: Fratura

mo

ries

ouve

T ANESTESIADO E GARROTEADO
SEPSIA E CAMPOS
LESSO MEDIAL EM PONTE COM ISOLAMENTO DE VEIA SAFENA
DUÇÃO APROXIMADA COM TRAÇÃO E VISÃO SOB ESCOPIA
OSIÇÃO DE PLACA SUBCUTÂNEA MEDIALMENTE E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS
TICAIS.
AVAGEM COM SORO
JTURAS E CURATIVOS

ar R. 25/03/2014

SANE
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
FAX 3535.0933

HOSPITAL MEMORIAL ARMINDO MOURA
Antuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 09/04/2014 11:59

61005 - Entrada: 25/03/2014 Hora: 14:50
LEITO 04
SUB ESTADO - INTERNAMENTO
NISAN BAIÁ DA ROCHA JÚNIOR

Enfermaria: ENFERMARIA 15
Permanência: 14 Dia(s), 21 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 705006016943954

20556 JOSE BENTO DA SILVA
23/09/1989 (24 Anos e 6 Meses)
RUA JOSE XAVIER DE MORAIS
LAGOA REDONDA - C.E.P.: 55002-635
2615407 VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
NÃO DECLARADO
IRACI BENTO DA SILVA

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 08453728402
Identidade: 1802500097 - MT - PE
Telefone: / 88061809
G. Instrução:
Ocupação: COBRADOR
Naturalidade: VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

PEDIA / TRAUMATOLOGIA

03/2014 - 19:14

TA NA URGENCIA (Dr. NISAN BAIÁ DA ROCHA JÚNIOR CRM 13240)

do Paciente:

RA DOS OSSOS DA PERNA EE HA 03 DIAS (MOTO)

DE

ALERGIAS

Físico:

ESCORIAÇÕES NA PERNA EE SEM INFECÇÃO

SAO = OK

DO HOSP DA RESTAURAÇÃO

INTERNAMENTO CIRURGICO

Horario/Checkagem

DEIXO CEFALOTINA - IV PROFILAT

Eliação:

ais Utilização: (Enfermagem/Imobilização)

Hospital Memorial Armindo
SAME
Serviço de Angiologia R. Adica s/nº
Fone: (81) 3333-2013
Av. Cláudio Campello, 100 - Moura



Hospital Armindo Moura

Av. Cleto Campelo, s/n
Centro - Moreno/PE
Fone: 81 3535-2013



Armindo Moura

Prontuário Eletrônico do Paciente
emitido eletronicamente

Paciente: JOSE BENTO DA SILVA (29856)
Uniq: SUS ESTADO - INTERNAMENTO

Admissão: 61005

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR DA DOUTORA MORENO

FRATURA DIAFISE TIBIAL ESQ

TAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TIBIA
07/04/2014

CO CIRURGIAO

JUAREZ

EFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7
S;

DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR; NÃO
DE PISAR SEM MULETAS

REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS;

RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL.

NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (-----) DIAS.

Dr. (a) JUAZEB

Moreno, 07/04/2014

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83165406

Comunicação: C1673566

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

ENVOLVIDO

PL-2264 MOTOCICLETA

Nome: JOSÉ BENTO DA SILVA

Nascimento: 23/05/1989

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Nome: IRACI BENTO DA SILVA

Nome: JOSE XAVIER DE MORAES 267 LAGOA REDONDA

VITORIA DE SANTO ANTAOPE

Telefones: 81-8805-1808

CEP:

Nacionalidade: BRASIL

Grau de Instrução:

284-02 Documento de Identificação:

Ocupação Principal:

Orgão Expedidor:

Lesões Graves

Destino:

Declaração em Anexo? Não

Socorrido pela PRF? Não

Usava Cinto? Não Aplicável

Usava Capacete? Sim

Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado

Habilitado? Sim

Categoria CNH: AD

Registro CNH:

04598997205/PE

Primeira Habilitação: 25/03/2006

Data: 03/01/2016

País CNH:

Dormia? Não

Km Percorridos:

Horas Dirigindo: Ignorado

Complementares:

IDENTIFICADO DO CONDUTOR

Receptor:

Responsável pela Recepção:

Assinatura do Responsável:

Data/Hora da Recepção (hora local):

UF:

Motivo:

ENVOLVIDO

PLG-8395 FIAT PALIO

Nome: JOSÉ LINCOLN FREITAS CABRAL

Nascimento: 24/11/1988

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Nome: CLÓVIS GOMES CABRAL

Nome: MADJANE MARIA FREITAS CABRAL

RUA JOSEFA ALVES DA SILVA 26 JOÃO PAULO II

UF: MORENOPE

Telefones: 81-8735-2455

Grau de Instrução: Médio

CEP:

Sexo:

Nacionalidade: BRASIL

Ocupação Principal:

247.416-63 Documento de Identificação:

Orgão Expedidor:

Destino:

Sexo:

Socorrido pela PRF? Não

Usava Cinto? Sim

Usava Capacete? Não Aplicável

Declaração em Anexo? Não

Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não

Assinatura da Declaração:

Habilitado? Sim

Categoria CNH: AB

Registro CNH: 05111713626/PE

Primeira Habilitação: 28/12/2010

CNH: 06/03/2015

País CNH:

Dormia? Não

Km Percorridos:

Horas Dirigindo: Ignorado

Complementares:

IDENTIFICADO DO CONDUTOR

Receptor:

Responsável pela Recepção:

Assinatura do Responsável:

Data/Hora da Recepção (hora local):

UF:

Motivo:

do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprt.gov.br>

HORA DA EXPEDIÇÃO:

18/01/2016 01:55:01

IDENTIFICADOR DE CONTROLE:

dc3b18b53543ce85

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83165406
Comunicação: C1673566
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

FÓRMO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS
V2 / FIAT PALIO YOUNG

Assinatura: VALERIA TEREZINHA DOS SANTOS SOUZA
Matrícula do Agente: 1540161

Placa: KLG-8396
Nº BOAT: 83165406
Data: 23/03/2014 16:00

Nome do componente	Valor	SIM	NÃO	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	NÃO	NA
Corta fogo	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3		X	
Dianteiro	3		X		27	Caixa de roda traseira esquerda	3		X	
2/ Suporte do motor	1		X		28	Assolho porta-malas / Assolho	1		X	
3/ Caixa Completa / Caixa de roda esq.	2		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
4/ Caixa Parcial / Avental esquerdo	3		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
5/ Porção dianteira (veículos carga)	1		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
6/ Dianteiro esquerdo	3		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
7/ Dianteiro direito	1		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
8/ Dianteira esquerda	2		X		34	Coluna traseira externa direita	1		X	
9/ Dianteira externa esquerda	1		X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
10/ Dianteira externa e estrutura esq.	3		X		36	Porta traseira direita	1		X	
11/ Dianteira esquerda	1		X		37	Coluna central externa direita	1		X	
12/ Dianteira externa esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
13/ Dianteira externa e estrutura esq.	3		X		39	Soleira externa direita	1		X	
14/ Dianteira esquerda	1		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
15/ Dianteira externa esquerda	1		X		41	Assolho central direito	3		X	
16/ Dianteira externa e estrutura esq.	3		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
17/ Dianteira esquerda	1		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
18/ Dianteira externa esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
19/ Dianteira externa e estrutura esq.	3		X		45	Para-lama dianteiro direito	1	X		
20/ Dianteira esquerda	1		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
21/ Dianteira externa esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
22/ Dianteira externa e estrutura esq.	3		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
23/ Dianteira esquerda	1		X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":	2			
24/ Dianteira externa esquerda	1		X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":	0			
25/ Dianteira externa e estrutura esq.	3		X			Total de pontos "SIM" + "NA":	2			

Nome do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
26/ Motorista		X	55	Faróis	X	
27/ Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)	X	
28/ Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
29/ Gravador VIN		X	58	Para-choques (dianteiro e/ou traseiro)	X	
30/ Bateria		X	59	Rodas/pneus		X
31/ Laterais e/ou traseiros		X				

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

de Pequena monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

de Média monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

de Grande monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Ass: _____

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM.
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO.
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

Item danificado no acidente: NÃO = Item não danificado ou não existente NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.eprf.gov.br>

RA DA EXPEDIÇÃO: 18/01/2015 01:55:01
DE CONTROLE: dc3b18b53543ceff5

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83165406
Comunicação: C1673566
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

ENVOLVIDOS

VI-480 CHEVROLET CLASSIC

1. MARIA DO CARMO RODRIGUES M ALVES SILVA

Nascimento: 10/10/1958

Sexo: Feminino

Estado Civil: Divorçada

LUIS RODRIGUES FERRERA

MARIA MONTEIRO FERRERA

RA DONALDO COELHO 882 A MAURICIO DE NASCAU

CARUARUPE

Telefones: 81-3281-3828

CEP: -

Nacionalidade: BRASIL

Grau de Instrução: Superior

94-04 Documento de Identificação:

Ocupação Principal: BANCÁRIO, ECONOMÁRIO

Orgão Expedidor:

Sexo:

Destino:

Recepção em Anexo? Não

Socorrido pela PRF? Não

Usava Cinto? Não

Usava Capacete? Não Aplicável

de Declaração:

Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não

Habilitado? Sim

Categoria CNH: B

Registro CNH: 00430193004/PE

Primeira Habilitação: 23/05/1981

11/03/2014 Data CNH:

Domstia? Não

Km Percorridos:

Horas Dirigindo: Ignorado

Complementares:

MENTO DO CONDUTOR

Sector:

Responsável pela Recepção:

do Responsável:

Data/Hora da Recepção (hora local):

Motivo:

ENVOLVIDOS

Envio: Passageiro Veículo: VIPEL-2264 MOTOCICLETA

1. MARIA ALESSANDRA ALVES

Sexo: Feminino

Data de

15/06/1994

Naturalidade:

Nacionalidade:

BRASIL

CEP:

Documento de Identificação:

Orgão Expedidor:

Telefones

Grau de Instrução:

Principal:

Origem:

Destino:

Sexo: Usava Cinto

Socorrido pela PRF? Não

Usava Cinto? Não Aplicável

Usava Capacete? Sim

Recepção em Anexo? Não

de Declaração:

Complementares:

MENTO DO ENVOLVIDO

Sector:

Responsável pela Recepção:

do Responsável:

Data/Hora da Recepção (hora local):

JP:

Motivo:

do Encaminhamento:

ÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

IA DA EXPEDIÇÃO: 18/01/2016 01:05:01

DE CONTROLE: do3b18b63643ce8

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83165406

Comunicação: C1673566

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

ATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

V1 / HONDA/NXR150 BROS ES

Fonte/Assinatura: VALERIA TEREZINHA DOS SANTOS SOUZA

Placa: PEL-2264

Articula do Agente: 1540161

Nº BOAT: 83165406

Data: 23/03/2014 16:00

a- Componentes Não Estruturais

Item	Valor	Sim	Não	NA
Fixações e comandos nele instalados.	2	X		
Sistema dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2		X	
Motor(es) tríp. (inclui fixação ao chassi)	2		X	
Fixações.	2		X	
Sistema traseiro	2		X	
Pinça (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
Sistema dianteiro/traseiro.	2		X	
Sistema traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
Apóio do condutor e passageiro	1	X		
Sistema traseiro deformado (se houver).	1		X	
Pinça	1		X	
Fixação e fimeira)	1		X	
Isolante combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		X	
Sistema (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	

b- Componentes estruturais

Alinhamento e molas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
Motor(es) dianteiro(s)	3		X	
Deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Sistema (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":

3

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

Pequena Montar: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente

Média Montar: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais

Grande Montar: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

RE:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

Item danificado no acidente: NÃO = Item não danificado ou Não Existente NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA DA EXPEDIÇÃO: 18/01/2015 01:55:01

DE CONTROLE: dc3b18b53543ce85

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83165406
Comunicação: C1673596
Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS
V3 / CHEVROLET/CLASSIC

Agente/Assinatura: VALERIA TEREZINHA DOS SANTOS SOUZA
Matrícula do Agente: 1540161

Placa: PEI-8482
Nº BOAT: 83165406
Data: 23/03/2014 16:00

Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
Capô	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X	
Capô corta fogo	1		X		27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
Capô dianteiro	3		X		28	Assolho porta-malas / Assolho	1		X	
Capô / Suporte do motor	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
Caparina Completa / Caixa de roda esq.	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
Caparina Parcial / Avental esquerdo	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
Chassi porção dianteira (veículos carga)	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
Para-lama dianteiro esquerdo	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
Suspensão dianteira esquerda	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
Para-lama dianteira esquerda	2		X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
Para-lama dianteira externa esquerda	1		X		36	Porta traseira direita	1		X	
Para-lama dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X	
Para-lama dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
Para-lama externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
Para-lama externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
Capô central esquerdo	3		X		41	Assolho central direito	3		X	
Para-lama central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
Para-lama central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
Para-lama traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
Para-lama traseira externa esquerda	1		X		45	Para-lama dianteiro direito	1		X	
Para-lama traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
Para-lama traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
Capô traseira	1		X							
Capô Traseiro / divisor	1		X							
						Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":				1
						Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":				0
						Total de pontos "SIM" + "NA":				1

Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
Bag Motorista		X	55	Faróis		X
Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
Capô gravação VIN		X	58	Para-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
Capô-brisas		X	59	Rodas/pneus		X
Capô laterais e/ou traseiros		X				

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo
Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA".
Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA".
Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.
Item danificado no acidente NÃO = Item não danificado ou não existente NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprt.gov.br>

DATA DA EXPEDIÇÃO: 18/01/2015 01:55:01
NÚMERO DE CONTROLE: dc3e16653543ce5

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83185406
Comunicação: C1673508
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

Local do acidente

LEGENDA:

- Admistrativo
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ordem
- Arvore
- Capotagem
- Carroceria
- Tombamento
- Incidência
- Local de colisão
- Marcas de trânsito
- Três
- Capotagem
- Objeto Flut
- Ponto A'
- Ponto A
- Arvore de Colisão
- Marcas de Frenagem
- Veículo Acusado
- Relatório de Danos
- Triângulo de Amortecimento
- Veículo de 2 ou 3 eixos
- Marcas de trânsito
- Pedestagem ou Danos
- Deposito de Colisão

Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____
 Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____
 Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____
 P1 DISTÂNCIA P1-A (m) DISTÂNCIA P1-B (m) P2 DISTÂNCIA P2-A (m) DISTÂNCIA P2-B (m)

Ocorrência:
 COM OS VESTÍGIOS ENCONTRADOS E AS DECLARAÇÕES DOS ENVOLVIDOS, VERIFICAMOS QUE O V1 HONDA/190 BROS PLACA PEL 2296/PE
 A BR 232, EM DIREÇÃO A CARUARU/ QUANDO NA ALTURA DO KM 17 FOI COLIDIDO PELO V2 FIAT/PALIO PLACA KLG 8395/PE QUE, APÓS REALIZAR
 NO LOCAL APROPRIADO PARA ESTE TFM EXISTENTE ALL COLIDIU LATERALMENTE COM O V1 AO TENTAR ENTRAR NA VIA PRINCIPAL ONDE ESTE
 COM O IMPACTO, O V1 ACABOU COLIDINDO LEVEMENTE COM O V3 CHEVROLET/CLASSIC PLACA PEJ 8482/PE QUE ESTAVA PARADO NO
 BTO. CONFORME CROQUI

ENVOLVIDOS:

Seq: _____ Sequencial: V1 Descrição: MOTOCICLETA Chassi: SC2FD0550CR353427 Renavam: 3048001250
 Marca: HONDA/190 BROS ES Cor: PRETA Ano: 2012 Tipo: Motocicleta Emprego: MTORIA DE SANTO ANTAOPE
 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
 Nome: DOMAN JOSÉ DE MOURA CPF/CNPJ: 006.907.494-01 CEP: _____
 UF: _____ Telefones: _____

SÃO DE VEÍCULO DE CARGA
 Placa U2: _____ Placa U3: _____ Placa U4: _____
 Destino: BRASIL

EXATIDÃO DO VEÍCULO
 Veículo no Acidente: Segue base Saida de Placa? Não Danos? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
 em Objeto Flut: Outro veículo Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incidência? Não

Fretagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom
 Recolhimento: _____

CRUGA
 Hora de Danos: _____ Extensão dos Danos: _____ Moeda: Real-R\$
 da Carga: 180,30 Produto Perigoso: _____
 da Carga: _____

EXATIDÃO DO VEÍCULO
 Descrição: Descrição do documento Detalhes da Recuperação (hora local): 23/03/2014 17:00 Motivo: Entrega

Assinatura: VAGNER FELIPE DA PAIXÃO
 do Responsável: CPF 07204534-40
 UF: JARICATOS DO GUARAPES/PE Descrição do Encaminhamento: _____

ÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dpr.gov.br>

DATA DA EXPEDIÇÃO: 18/01/2015 01:55:01
 DE CONTROLE: 4c3b16b53643col5

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83185406
Comunicação: C1873566
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

1. IDENTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA

VALERIA TEREZINHA DOS SANTOS BOUZA	Data/Hora do Acidente (hora local): 23/03/2014 18:00	BR: 232	KM: 17,0
JABOATÃO DOS GUARARAPES/PE	Tipo de Acidente: Colisão lateral	Sentido da Via: Crescente	
Pavimento: Asfalto	Condições da Pista: Com buracos, Secca	Restrições de Visibilidade: Inexistente	
Acidente: Vertical/Horizontal	Sinalização luminosa: Inexistente	Condição meteorológica: Nublado	
Patrimônio da União?	Não	Data e horário da solicitação:	
Relatório de perícia?	Não	Data e horário do:	
Apareceu no local do sinistro?	Não		

2. DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Patrimônio de terceiros? Não

3. DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Dano ambiental? Não

4. DOS DANOS AO AMBIENTE:

5. DA RODOVIA

Urbano	Tipo de Localidade: Comercial			
Pavimento? Sim	Estado de Conservação: Regular	Há desnível? Não	É pavimentado? Não	Largura (m): 0
Asfalto? Não existe	Possui meio-fio? Não existe	Possui sarjeta? Não existe		
Centro central? Sim	Estado de Conservação: Regular	Largura (m): 0	Tipo de Inclinação: Plano	
do Cruzamento: Meio-Fio	Estado de Conservação do Obstáculo: Regular			
Ampliação - Estado de Conservação: Regular	Ocupação: Livre			
Pavimento: Asfalto	Perfil: Em nível	Tracado: Reta	Curva Vertical: Não Existe	Supervisão: Não
Asfalto? Não	Largura da Pista (m): 0	Estreitamento: Não Existe		

6. TIPO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/01/2015 01:55:01
NÚMERO DE CONTROLE: 003618653543celb

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83185406
Comunicação: C1673566
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

ORIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

V2 / FIAT/PALIO YOUNG
Placa: KLG-8395
do Agente/Assinatura: VALERIA TEREZINHA DOS SANTOS SOUZA
Nº BOAT: 83185406
Matrícula do Agente: 1540181
Data: 23/03/2014 16:00



Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

ÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

ORA DA EXPEDIÇÃO: 18/01/2015 01:55:01
DE CONTROLE: 6c3b18c53543cef5

possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 6 de 10

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83165406
Comunicação: C1673566
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

V1 / HONDA/NXR150 BROS ES

Placa: PEL-2254

Agente/Assinatura: VALERIA TEREZINHA DOS SANTOS SOUZA

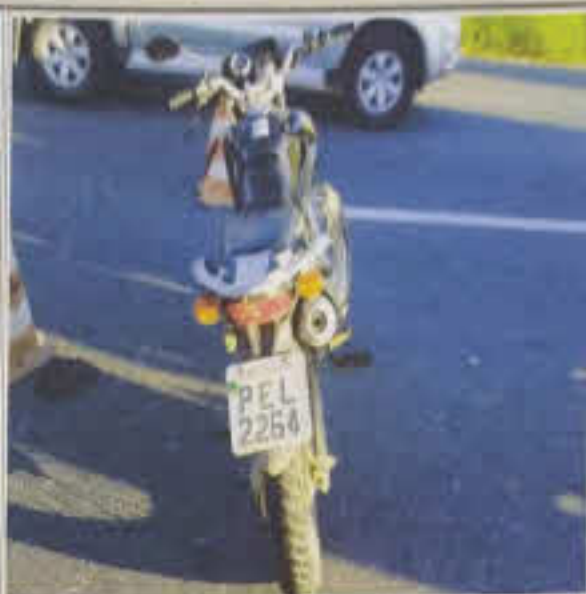
Nº BOAT: 83165406

Matrícula do Agente: 1540161

Data: 23/03/2014 18:00



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

LAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.aprf.gov.br>

HORA DA EXPEDIÇÃO: 18/01/2015 01:55:01
ID DE CONTROLE: dc3615e63543ce/f8

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

SEU BENEFICIÁRIO DO RG Nº 2.593.097-265 EXPEDIDO POR DETRAN/PE EM 22/02/13 E
00456373841-02 ANO 00000000000000000000, PROFISSÃO CORREADOR
 RDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 DO DPVAT DA VÍTIMA JOSE BEATO DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL

VITÓRIA/PE DATA 04/07/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dovitssegurodotramito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271704.

Cobertura reclamada

CLASSIFICAÇÃO DO SINISTRO (Art. 27, § 1º)

Natureza do Evento

Data do Acidente

Cobertura Médica e Suplementar

- () Atropelamento da vítima
() Vítima passageiro do veículo
(x) Vítima condutora do veículo

BEUTO DA SILVA

Data de nascimento

CPF

prestar o endereço do beneficiário (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

23/09/1989

084.537.284-02

JOSE XAVIER DE MORAIS

Nº

Telefone

257

(11) 8458-8879
9188-4820

20.000

Cidade

VITÓRIA

Estado

PE

Endereço completo e telefone para contato

Rua

CEP

Cidade

Nº

Fone ()

Estado

Provas necessárias (Provas do sinistro e Cadastramento):

OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A DO VERSO DESTA AVISO.

Declaração Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio autor, que descreva a natureza do evento (colisão, etc.) e identifique o veículo (nº da placa ou do chassi), que atropelou a vítima.
e verso do DUT do ano em que ocorreu o acidente (obrigatório para o beneficiário proprietário).
extraída em Cartório específica para recebimento de Seguro e reclamante for analfabeto. Quando a vítima estiver sendo por terceiro, a procuração poderá ser particular com firma por autenticidade ou verdadeira.
Atestado do R.G. e C.P.F. do procurador.
do R.G. e C.P.F. da vítima.
do R.G. e C.P.F. (obrigatório) do beneficiário.
Atestado de Nascimento da vítima, quando esta for menor e não em ato de identidade.
Comprovante de residência do receptor.

Em caso de morte

• Certidão de óbito (original ou cópia autenticada).

• Laudo de Necropsia (somente quando necessário, a critério da Seguradora).

Despesas Médicas

• Relatório médico do primeiro atendimento imediatamente após o acidente, consignando o diagnóstico das lesões diretamente decorrentes do evento e o tratamento proposto para a recuperação da vítima.
• Comprovantes das despesas médicas e hospitalares (originais).
• Termo de cessão de direitos passado pela vítima ou seu responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando for o caso.

Invalidez

• Laudo do Instituto Médico Legal (jurisdição onde ocorreu o acidente, consignando as lesões apresentadas pela vítima e respectivo grau de invalidez definitiva (mínimo, médio, máximo ou total), do órgão membro lesado no acidente.

do Seguro:

em a Lei 5.194 de 18.12.74 o beneficiário é o cônjuge, na constância do casamento, equiparando-se como tal a(o) companheiro(a) e, na falta destes, os pais, obedecida a ordem da vocação hereditária (art. 1.603 do Código Civil Brasileiro).

ato de habilitação dos beneficiários:

Cônjuge

• Certidão de Casamento da vítima, com data atualizada.

Pai

• Documentação que comprove essa situação e declaração informando se a vítima era solteira, separada ou viúva. (A companheira é equiparada à esposa, obedecidas as leis da Previdência Social).

Mãe

• Declaração informando os nomes de todos os filhos ou irmãos deixados pela vítima, anexando a esta seus respectivos documentos de identidade ou Certidão de Nascimento. Em se tratando de menor de 16 anos, juntar também declaração informando quem é o seu responsável legal ou está exercendo o pátrio poder sobre o menor.

• Certidão de Nascimento da ou cópia de um documento de identidade da vítima.

• Cópia de um documento de identidade.

1) Deve-se observar os documentos necessários para cada tipo de cobertura e a sua apresentação, o que contribuirá para a rápida liberação do pagamento da indenização.

2) Reservamo-nos o direito de solicitar a apresentação de outros documentos, caso seja necessário.

VITÓRIA

04.07.12

[Assinatura]
Assinatura do reclamante

[Ir para conteúdo principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT - Site Oficial -

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Conheça o DPVAT e a Seguradora Líder](#)
- [Imprensa](#)
- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Pontos de Atendimento](#)

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 2014574446 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE BENTO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A

ENDEREÇO Avenida Franklin Roosevelt, 84 - Sala 804, Centro, Rio de Janeiro - 19, CEP: 20021-120

BENEFICIÁRIO JOSE BENTO DA SILVA

CPF/CNPJ: 08453728402

Posição em 11-02-2015 14:44:48

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 4.725,00

processo de indenização - Seguro DPVAT - O seguro d... <https://www.dpvatsegurodotransito.com.br/consultasinistro/default.aspx>

data de liberação do pagamento: 11/02/2015

Atenção: o prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data da liberação.



Indenização

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Documentação despesas médicas](#)
- [Documentação invalidez permanente](#)
- [Documentação morte](#)
- [Onde entregar](#)

Seguro

- [Como pagar](#)
- [Consulta a pagamentos efetuados](#)
- [Informações gerais](#)
- [Dicionário do DPVAT](#)
- [Denuncie](#)
- [Outros serviços](#)
- [Blog](#)
- [Fale Conosco](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [Twitter](#)
-

29/4

Dados do processo

pe 11

Seguradora
SEM SEGURADORA

Data de entrada:
11/07/2014

NP do Seguro:
2014/576446

Vítima

Vítima: JOSE BENTO DA SILVA
Endereço: R. JOSE XAVIER DE MORAIS, 257
Bairro: LAGOA REDONDA
CEP: 55600-000
Cidade: VITORIA DE STO. ANT
UF: PE
Código da vítima: CONDUTOR
Natureza: INVALIDEZ
Data de nascimento: 23/09/1989
Data do Seguro: 23/03/2014
CPF: 064.537.284-02
Valor (DAMSI): R\$

Beneficiário

Beneficiário 1: JOSE BENTO DA SILVA
CPF/CNPJ: 064.537.284-02
Cidade: VITORIA DE STO. ANTAO
Bairro: 104
Data de nascimento: 23/09/1989
UF: PE
Agência: 0626
Conta: C/P. 37658-8

Histórico

Status	Descrição
07/2014 ANALISE SEGURADORA LÍDER	PROCESSO ENCAMINHADO PARA SEGURADORA LÍDER. EXIGENCIA CUMPRIDA NESTA DATA.
07/2014 EXIGENCIA RESINTRAN	COMPROVANTES BANCÁRIOS: CARTÃO DO BANCO; EXTRATO (CABEÇALHO-PARTE DE CIMA DO EXTRATO QUE INDIQUE NOME DO BANCO, Nº DA AGÊNCIA, Nº DA CONTA, NOME DA VÍTIMA E TIPO DE CONTA) OU SALDO BANCÁRIO ATUALIZADOS. COMPROVANTE DE DEPÓSITO ATUALIZADOS.