



Trilha Social de Energia Básica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 05.835.922/0001-56 | insc. Est. 0620940-91 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO BATISTA 370

CPF 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

61 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CD DE ERRO FISCAL	SERIE	CODIGO
030200564	UFICA	14109/2016
CD DE ERRO FISCAL	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
04008/2016	201113018	2753008

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7005749888	09/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA RECEITA PRECATORIA
13/09/2018	05/10/2018
TOTAL (R\$)	111,97

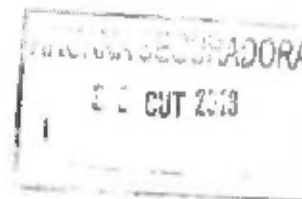
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Adm (kWh)	127,500000	0,7882008	95,80
Acrescimo Barreira VERMELHA			2,18
Contribuição Iluminação Pública			9,31
ICMS Subvenção-CDE-NF 018183191-00/35/16			0,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (KWH)
00754	041	08-08-2018	14 181,30	04-09-2018	26 173,35	28	1,00000	127,05

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano (kWh)		Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	
SEP18 172		ICMS			
AGO18 151		PIS	104,78	28,00	25,19
SET18 130		COFINS	104,78	1,00	1,37
OUT18 145			104,78	4,89	4,21
NOV18 160					
DEZ18 182					
JAN19 157					
FEB19 174					
MAR19 173					
ABR19 230					
MAY19 192					
JUN19 203					
JUL19 194					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para a nota fiscal, o valor da energia elétrica é calculado com base no valor da energia elétrica consumida no mês anterior, acrescido de 10% (dez por cento) sobre o valor da energia elétrica consumida no mês anterior. O valor da energia elétrica consumida no mês anterior é calculado com base no valor da energia elétrica consumida no mês anterior, acrescido de 10% (dez por cento) sobre o valor da energia elétrica consumida no mês anterior. O valor da energia elétrica consumida no mês anterior é calculado com base no valor da energia elétrica consumida no mês anterior, acrescido de 10% (dez por cento) sobre o valor da energia elétrica consumida no mês anterior.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CADERNÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
4810389 SSP PE

CPF
945.234.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA

ISMAETE FERREIRA DE MOURA

PERMISSÃO
Nº REGISTRO
02378605879

VALIDADE
08/04/2022

CAT. HAB.
3

HABILITAÇÃO
17/06/2002

OBSERVAÇÕES

Assinatura: Mariana M. Moura de A. Fernandes

45507004 DO PONTAPOR

LOCAL
SORUBIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

Assinatura: Charles Anderson Souza Aguiar
Diretor Presidente

Assinatura do Emissor

53286755000
PE078665272

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PREFEITURA DE
SURUBIM

Compromisso de cuidar das pessoas



Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome: Flávio José de Araújo

Clínica: _____

Enfermaria: _____

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que
Flávio José de Araújo foi vítima
de acidente com motocicleta, ficando
do com sequelas do mesmo com difi-
culdade de nomenclaturas e sinal
de costado direito.

Data: 20/11/14

Surubim

José de Anchieta
Médico Sanitarista
CREMESP 12710

Médico



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
SECRETARIA DE HABITAÇÃO

Nome: **FLAVIO JOSE ARAUJO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. REGISTRO / UF
4443269 SDE PE

CPF: **021.208.094-28** DATA NASCIMENTO: **24/12/1974**

FILIAÇÃO
**EDVALDO ANTONIO DE ARA
UJO
JOSEFA MARIA DA CONCEI
CAO**

Nº REGISTRO: **00794357216**

UNIDADE: **01/03/2023** 1ª HABILITAÇÃO: **13/03/1996**

DESCRIÇÃO
A
CETOP
RAR

Assinatura do Arrendatário

LOCAL: **SURUBIM, PE** DATA EMISSÃO: **05/03/2012**

Charles Anderson Souza Ribeiro
Diretor Presidente

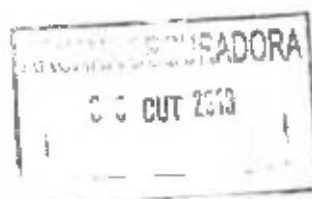
ASSINATURA DO DIRETOR

45913151579
22084735759

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1564313401

PROIBIDO PLASTIFICAR
1564313401



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A.F. inscrito (a) no CPF 945234444/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FLAVIO JOSE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 021288094/28 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FLAVIO JOSE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 021288094/28 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

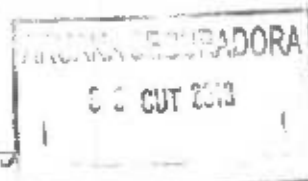
Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>apugnas1994@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 91613907</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 97001998</u>

SURUBIM/PE 24 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante



Toritama, 28 de Agosto de 2018.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 117/2018

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

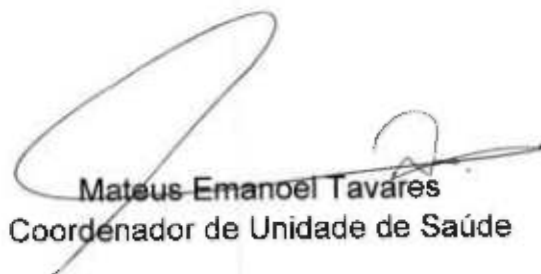
Para: **FLÁVIO JOSÉ ARAÚJO**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **FLÁVIO JOSÉ ARAÚJO** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência no registro nº 106.709, no dia 11/06/2018, foi atendido e em seguida sendo **TRANSFERIDO**.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,




Mateus Emanuel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva ▪ Centro – Toritama - Pernambuco ▪
Telefone: 3741- 1192 ▪ E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama



**HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**

**FICHA DE
ENCAMINHAMENTO**

2º VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE *Flavio José Araújo*

REGISTRO Nº:

IDADE: *42*

RESIDENTE:

PARA O HOSPITAL:

Regional do Agreste

SENHA: *5445509*

ESCLAREÇA SE O MESMO É PORTADOR DE:

*paciente relata que foi atropelado
por moto.*

*levantando-se de um em USD
e um ruído de quadril.*

Beb, Glasgow 15

AN = MVA, SIRA

ACV = RCR, RT, S, N, N, N

Abd: Lesão em ruído de crista ilíaca

*D. Extremidades: Lesão sangrante em colo
vulva D.*

HD - Politransfusão

*CS: encaminhado para avaliação
e consulta cirúrgica e ortopi-
edica.*

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL:

TORITAMA

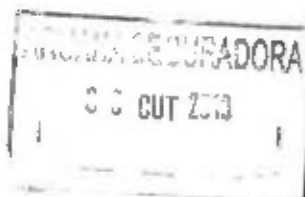
DATA *17 06 18*

ASSINATURA DO MÉDICO:

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:



Av. João Manoel da Silva • Centro - Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741-1192 • E-mail - admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama



PROCURADORA
S C CUT 2013



Itaucard



Consulte sua fatura na internet
ou nos caixas eletrônicos do Itaú.



CTC RECIFE PE PLS
FLAVIO JOSE ARAUJO
R AMANCIO DA COSTA MARQUES 25
CS - SAO SEBASTIAO
55750-000 SURUBIM - PE



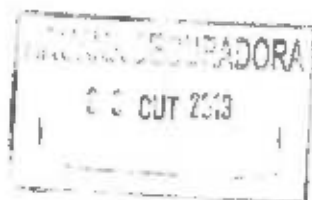
32110942307709520000000298520 110618

Data de Postagem: 11/06/2018

Data de Vencimento: 20/06/2018

Data de Fechamento (emissão): 08/06/2018

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 15/07/2018

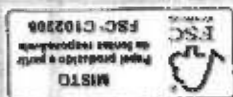


IMPRESSA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS - ECT
DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA - DEPO
CAIXA POSTAL 951
01031-970 SÃO PAULO SP

Para uso dos Correios

- ☐ 1. Multa-se
- ☐ 2. Endereço insuficiente
- ☐ 3. Não existe o nº indicado
- ☐ 4. Descumprido
- ☐ 5. Recusado
- ☐ 6. Não protocolado
- ☐ 7. Ausente
- ☐ 8. Falhado
- ☐ 9. CEP
- ☐ Informação escrita
- ☐ por portador ou zelador
- ☐ Assinatura
- ☐ e-vid
- ☐ entregador

Recebe-se ao serviço postal em:



Itaucard

Mais rapidez e facilidade para você.

Fatura Digital.

Mude para a

13 JUN 2018

CRD 1022218

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

FLAVIO JOSE ARAUJO

CPF da Vítima

021.288.09428

Data do Acidente

11/06/08

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

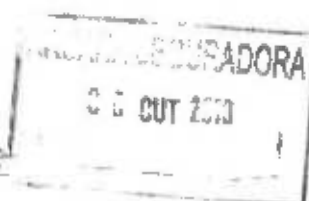
SUBSINIRPE 24 de OUTUBRO de 2008

Local e Data

Flávio José Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AL MUNICIPAL
SENHORA DE FÁTIMA

PRONTUÁRIO
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro: 106709	Hora: 07:50	Nome do Paciente: Flávia Jay Araújo	Sexo: M	Data de Entrada: 13-06-2018
Idade: 210	RG:	Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
Data de Nascimento:		Naturalidade:		
Endereço: Rua da Costa Rica		Número: 25	Complemento:	
Cidade: Curitiba		Bairro: São Lourenço	UF: PR	CEP:
SUS:		Profissão:		
Nome da Mãe: Jéssica Jay de Araújo		Nome do Pai: Edson Lócio de Araújo		
Nome do Responsável:		Telefone:		

PA: x	PULSO:	FR:	HGT:	PESO:	T (°C):
SpO ₂ ambiente:		SpO ₂ com O ₂ L/min:			
CLASSIFICAÇÃO: ☒ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ASSINATURA E CARIMBO:					

HDA: Paciente relata que foi atingido por uma explosão no dia 13/06/2018, com uma explosão de cano de fogos de artifício, causando ferimentos.

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP:

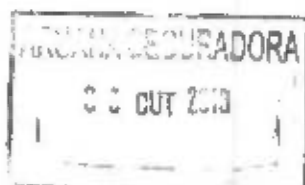
EXAME GERAL:	OROSCOPIA:
OTOSCOPIA:	NEUROLÓGICO:
ACV:	GLASGOW: 15
AR:	NUCA:
ABDOMEN: Trauma com ruptura de víscera	PUPILAS:
MEMBROS: membros inferiores com ferimentos	PELE:

Diagnóstico Provisório: Ruptura de víscera

Alergias: () Sim () Não

Conduta:

1. Ruptura de víscera - 200ml (V) (V)
2. Ruptura de víscera - 100ml (V) (V)



Medico
Dr. João Amilton de Oliveira
CREMEPE 19537
10/06/2018

MÉDICO(CRM)



Acidente nº 18034683B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 104

KM: 45,0 - Decrescente

Município: CARUARU/PE

Data: 11/06/2018

Hora: 07:15

Policial responsável pelo atendimento: ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Dupla

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Curva

Localidade urbanizada: X

Acostamento: X

Canteiro central: X

Condição meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Pleno dia

NARRATIVA

No dia 11/06/2018, por volta das 07:15h, no km 45, da BR 104, em Caruaru - PE, ocorreu um acidente do tipo colisão traseira, com vítimas. Os veículos envolvidos foram: Uma motocicleta Yamaha/YBR125I(PCM-3085) (V-1), Um Toyota Band Max(MMO-1242) (V-2) e um Toyota Bandeirante(JTL-1660) (V-3). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava na via sentido decrescente Caruaru / Toritama, V-2 e V-3 estavam estacionados no acostamento no mesmo sentido quando, o V-1 colidiu em dois pedestres que se encontravam próximo aos veículos efetuando um transbordo de mercadoria tipo frutas, que após a colisão com os pedestres, O V-1 perdeu o controle e colidiu na traseira do V-3 que se encontrava estacionado no acostamento. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. **OBSERVAÇÕES:** O local do acidente não estava preservado, pois retiraram o V-1 da sua posição final. A ocorrência foi informada ao SAMU, para que fosse efetuado o socorro no local. Os veículos V-2 e V-3 foram entregues no local para os próprios condutores envolvidos e o V-1 foi removido por falta de condutor, sendo encaminhado ao pátio da prestadora de serviço conveniada ao DPRF. Os veículos V-1 e V-2 foram autuados por estarem estacionados no acostamento, em virtude disso foi lavrado os Autos de Infrações de nº T153339861 e T153339877.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	V3 V2



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 858487526BC29CE2A72FD8D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034683B01



PRF

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - TRIÂNGULAÇÃO

Descrição do Ponto	X	Y
à 500 metros do KM 45	505.0	500.0

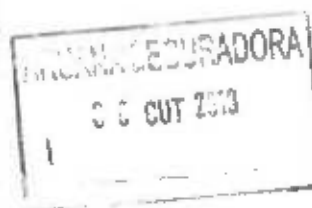
CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



← TORITAMA



CARUARU →



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B4875268C29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034683B01



PRF

V1



PCM3085

Placa: PCM3085 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: YAMAHA/YBR125I FACTOR ED/2017

Renavam: 01116964675

Chassi: 9C6RE2120H0007889

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

PROPRIETÁRIO

Nome: EDISLANY DE OLIVEIRA SOARES DO N LOPES

CPF/CNPJ: 004.351.793-57

Endereço: RUA TRES MARIAS, 58 - CASA, CARUARU/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Ausência de responsável

Tipo de receptor: Unidade PRF

Informações complementares: veículo entregue a tranguard



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1163409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034683B01



PRF

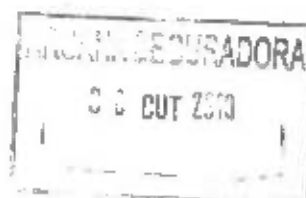
V1



TRACIONADOR



PCM3085



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, Informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034683B01



PRF

V2



MMO1242

Placa: MMO1242 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: TOYOTA/BAND MAX/1984

Renavam: 00219735352

Chassi: OJ72928

Tipo de Veículo: Microônibus

Espécie/categoria: Passageiro/Aluguel

Manobra no momento do acidente: Estacionado/parado no acostamento

Informações complementares: Pessoas no local fazendo o transbordo da carga

PROPRIETÁRIO

Nome: COSMA MARIA DA SILVA PEREIRA

CPF/CNPJ: 029.633.954-77

Endereço: SITIO MIMOSO - CASA, SURUBIM/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034683B01



PRF

V3



JTL1660

Placa: JTL1660 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: TOYOTA/BANDEIRANTE/1990

Renavam: 00141329440

Chassi: 9BR0J0050L1010879

Tipo de Veículo: Caminhonete

Espécie/categoria: Carga/Aluguel

Manobra no momento do acidente: Estacionado/parado no acostamento

Informações complementares: Pessoas fazendo o transbordo da carga no local

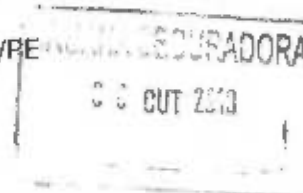
PROPRIETÁRIO

Nome: ERIKA FRANCISCA DUDA DA SILVA

CPF/CNPJ: 043.367.194-70

Endereço: R MAJOR PRISCILIANO DA MOTA SI, 164 - CASA, SURUBIM/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034683B01



PRF

V1



CONDUTOR

**EDISLANY DE OLIVEIRA SOARES DO N
LOPES**

Placa do veículo: PCM3085

Marca/modelo: YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

Envolvimento: Condutor

Nome: EDISLANY DE OLIVEIRA SOARES DO N LOPES

CPF: 004.351.793-57

Data de nascimento: 18/11/1984

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Sim

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AB **Data primeira habilitação:** 15/06/2011

Nº Registro: 05228659864 **UF:** PE **Data de vencimento da habilitação:** 03/03/2021

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: A

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA TRES MARIAS, 0000000058 - CASA, PETROPOLIS, CARUARU/PE

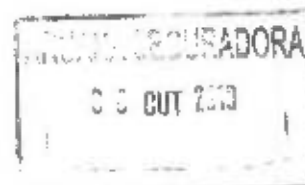
Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: Hospital ou clínica

Informações complementares: Hospital Regional do Agreste



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle B5B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034683B01



PRF

V2



MARCILIO BARBOSA DA SILVA

Placa do veículo: MMO1242

Marca/modelo: TOYOTA/BAND MAX

Envolvimento: Condutor

Nome: MARCILIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 111.944.204-43

Data de nascimento: 02/06/1993

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional

Categoria: AD

Data primeira habilitação: 16/02/2012

Nº Registro: 05427770219

UF: PE

Data de vencimento da habilitação: 10/06/2019

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 1315

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Resultado: 0

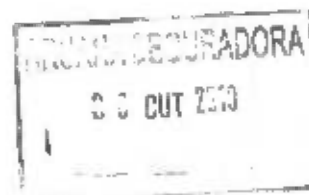
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA I, 00000000006 - CASA, COAHB, SURUBIM/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034683B01



PRF

V3



CONDUTOR

FLAVIO JOSE ARAUJO

Placa do veículo: JTL1660

Marca/modelo: TOYOTA/BANDEIRANTE

Envolvimento: Condutor

Nome: FLAVIO JOSE ARAUJO

CPF: 021.288.094-28

Data de nascimento: 24/12/1974

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional

Categoria: AD

Data primeira habilitação: 15/03/1996

Nº Registro: 00794357216

UF: PE

Data de vencimento da habilitação: 01/03/2023

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 1315A

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

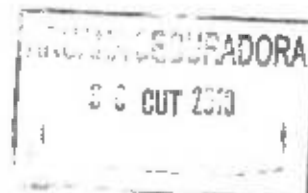
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA AMANCIO DA COSTA MARQUES, 0000000025 - CASA, SÃO SEBASTIÃO, SURUBIM/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida na site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5781EED



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034683B01



PRF

V3



PASSEIRO

Severino Lima de Melo

Placa do veículo: JTL1660

Marca/modelo: TOYOTA/BANDEIRANTE

Envolvimento: Passageiro

Nome: Severino Lima de Melo

CPF:

Data de nascimento: 28/04/1974

Número de identificação/órgão expedidor: 000/000

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

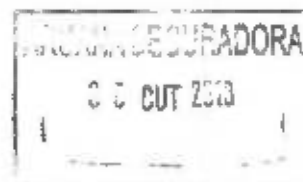
Usava cinto de segurança: Não

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DE CONTATO

Endereço: rua major Preciliano da Mota Silveira, 156, SURUBIM/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/08/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034683B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

Placa: PCM3085

Nome do agente: ROBERTO CARLOS DA FONSECA

Nº BOAT: 18034683B01

Matrícula do agente: 1183409

Data: 11/06/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

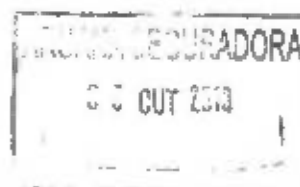
Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034683B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / TOYOTA/BAND MAX

Placa: MMO1242

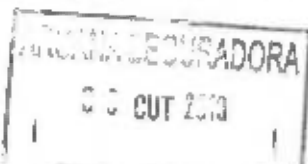
Nome do agente: ROBERTO CARLOS DA FONSECA

Nº BOAT: 18034683B01

Matrícula do agente: 1183409

Data: 11/06/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM*	NÃO**	NA***
1	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
2	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
3	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
4	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longitudinais.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longitudinal.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal.	G		X	
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longitudinais.	G		X	
10	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M		X	
11	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M		X	
12	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroceria.	M		X	
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M		X	
14	Avárias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M		X	
15	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	



*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034683B01



PRF

Item	Descrição do Item	Valor	SIM*	NÃO**	NA***
17	Região da carroçaria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
18	Região do chassi termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

Dimensão da monta: Pequena

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V3 / TOYOTA/BANDEIRANTE

Placa: JTL1660

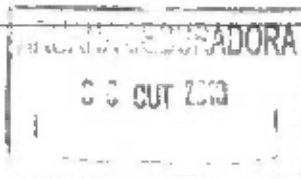
Nome do agente: ROBERTO CARLOS DA FONSECA

Nº BOAT: 18034683B01

Matrícula do agente: 1183409

Data: 11/06/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM*	NÃO**	NA***
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longitudinais.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longitudinal.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal.	G		X	



*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034683B01



PRF

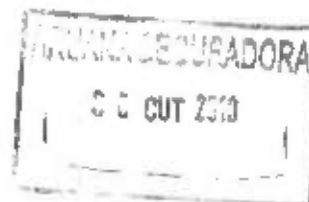
Item	Descrição do Item	Valor	SIM*	NÃO**	NA***
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI	CPF da Vítima 02128809428	Nome completo da vítima FLAVIO JOSE ARAUJO
---------------------------	-------------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FLAVIO JOSE ARAUJO		CPF titular da conta 02128809428	Profissão REC-IMP
Endereço R. AMANCIO DA COSTA MARQUES		Número 25	Complemento CASA
Bairro SÃO SEBASTIÃO	Cidade SURUBIM	Estado PE	CEP 55750 000
Email		Telefone (DDD) (81) 96650454	

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

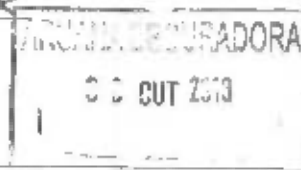
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 1295 D/V 64208		CONTA NRO. 64208 D/V 8		BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL NRO. 104		AGÊNCIA NRO. 1295 D/V 64208	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

SURUBIM, 24 de **OUTUBRO** de 2013

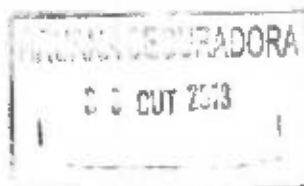
Local e Data



Flavio Jose Araujo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180511506

Vítima: FLAVIO JOSE ARAUJO

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FLAVIO JOSE ARAUJO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FLAVIO JOSE ARAUJO
Nº Sinistro: 3180511506
Vitima: FLAVIO JOSE ARAUJO
Data do Acidente: 11/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180511506**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13557076



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180511506

Vítima: FLAVIO JOSE ARAUJO

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FLAVIO JOSE ARAUJO

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 13654020



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO JOSE ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180511506**

Vitima: **FLAVIO JOSE ARAUJO**

Data do Acidente: **11/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180511506**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13549280



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180511506 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FLAVIO JOSE ARAUJO **Data do acidente:** 11/06/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- FLAVIO JOSE ARAUJO
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.448.269 SDS/PE
ENDEREÇO- RUA AMANCIO DA COSTA MARQUES, Nº 25, SÃO SEBASTIÃO, SURUBIM-PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE
ENDEREÇO- RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA, Nº 03, CENTRO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM-PE 14 DE JUNHO 2018



Flavio Jose Araujo

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397502/18

Vítima: FLAVIO JOSE ARAUJO

CPF: 021.288.094-28

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 11/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FLAVIO JOSE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

FLAVIO JOSE ARAUJO : 021.288.094-28

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: 30/10/2018
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA FLAVIO JOSE AROUJO
 DATA DO ACIDENTE 11/06/18 CPF DA VÍTIMA 09128809428
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA
 Nº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55750-000
 E-MAIL af.fernandes@surubim.com.br TELEFONE (81) 97007788

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 4810389 SSP/PE
 ASSINATURA Adriana M. M. de A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME Adriana M. M. de A. Fernandes
 ASSINATURA Adriana M. M. de A. Fernandes