



Número: **0020723-08.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FLAVIO JOSE ARAUJO (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64082 575	02/07/2020 15:26	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

INFORMAÇÃO FISCAL - CONTA DE SERVIÇO ELÉTRICA

Companhia Saneamento de Pernambuco
 Av. Adão de Barros, 111, Boa Vista, São Paulo, Pernambuco - CEP 51020-900
 CNPJ: 13.839.823/0001-04 | Ins. Est: 0202940-13 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ADRIANA MARIA MOLINA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOÃO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04

CENTRO/SURUBIM
 SURUBIM PE
 54.750-005

CLASSIFICAÇÃO
 61 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Moradia

CONTA CONTRATADA MÊS/MO

7005749888 09/2018

13/09/2018 05/10/2018

CONTA CONTRATADA	SERIE	VALOR
03030064	UNICA	3419/2018
04090018	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
301118008	3223018	

114,97

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Ativo (kWh)	121,00000	U,9978008
Consumo Ativo (kWh)		85,88
Consumo Ativo (kWh)		3,10
Consumo Ativo (kWh)		9,31
Consumo Ativo (kWh)		0,80

TOTAL DA FATURA

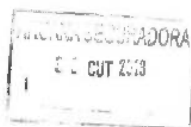
Nº DA FATURA	PERÍODO	DATA	VALOR
0004	01	08-02-2018	10,35

DEMONSTRATIVO DE COMBUSTIVO DESTA NOTA FISCAL

Nº DA FATURA	PERÍODO	DATA	VALOR
0004	01	08-02-2018	10,35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Regime de cobrança mensal de consumo de energia elétrica. O valor a ser pago é o resultado da soma do consumo de energia elétrica com o valor da tarifa. O valor a ser pago é o resultado da soma do consumo de energia elétrica com o valor da tarifa. O valor a ser pago é o resultado da soma do consumo de energia elétrica com o valor da tarifa.



NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / CRLD. EMISSOR/UF: 4810389 SSP PE

CPF: 945.234.444-04 DATA NASCIMENTO: 28/07/1974

PLACAÇÃO: JOSE GOMES DE MOURA

YSMARTE FERREIRA DE MO

ORA

PERMISSÃO: 00000000000000000000000000000000 CAT. NAVE: 3

Nº REGISTRO: 02378605873 VALIDADE: 08/04/2023 F. EMISSÃO: 17/06/2002

OBSERVAÇÕES:

Adriana M. Moura de A. Fernandes

CONSUMIDORA DO PERNAMBUCO

LOCAL: SURUBIM - PE DATA EMISSÃO: 10/04/2017

3328755906 88078645372

PERNAMBUCO

VALOR DA FATURA: 1421884961

PERÍODO FISCAL: 1421884961



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 com sequelas do nervo com dificuldade de movimentação e nível de atenção direito.

Surubim
Data: 20/11/14

José de Anchieta
Médico Sanitarista
CORREG. 10710

Médico



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

NOME: **FLAVIO JOSE ARAUJO**

CPF: **4448269 SDR PE**

DATA NASCIMENTO: **24/12/1974**

FILIAÇÃO: **ROVALDO ANTONIO DE ARAUJO
 JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO
 CRO**

Nº REGISTRO: **00794357216**

VALIDADEZ: **01/03/2023**

INABILITAÇÃO: **13/03/1996**

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1564313401

Observações:
 A
 CETCP
 EAR

Flavio Jose Araujo
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **SURUBIM, PE**

DATA EMISSÃO: **05/03/2018**

Charles Anderson Souza Ribeiro
 Diretor Presidente

ADMISSÃO DO EMPREGO: **45913151599
 22084735759**

PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 C O C CUT 2018





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12**

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.

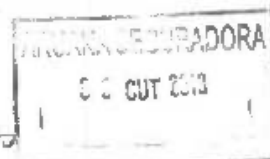
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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>55750000</u>
Email <u>ayugustina@yaho.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



DLDR1.001 V001/2017



Toritama, 28 de Agosto de 2018.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 117/2018

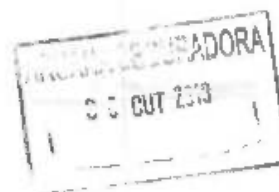
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

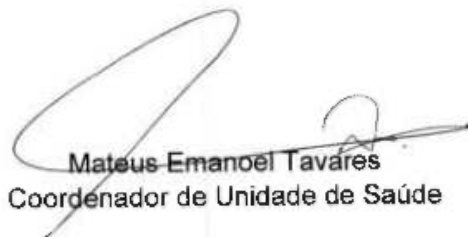
Para: **FLÁVIO JOSE ARAÚJO**

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



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 PORTADO DE:

*Paciente relata que foi atropelado
por moto.
Ficando-se de dor em USD
e um nódulo de quadril.*

Beb, Glasgow 15

AN = MV, SIRA

ACV 3 RCR, 12 T, 131, 140, 150

Abd: Lesão em região de crista ilíaca

*Extremidades: Lesão semelhante em colo
Velo D.*

PS - Politrauma

*CS: Encaminhado para avaliação
e consulta cirúrgica e ortopedi-
ca.*

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL:

TORITAMA

DATA *17 06 18*

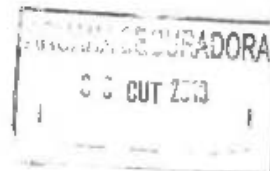
ASSINATURA DO MÉDICO:

medico
João Arnon de Oliveira
CREMEPE 19557

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 2019







Trilha Social de Energia Básica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
INFORMAÇÃO FISCAL - NOTA DE CREDENCIAMENTO
 Companhia Saneamento de Pernambuco
 Av. Adão de Barros, 111, Box Vista, São José, Pernambuco - CEP 51020-900
 CNPJ: 12.829.823/0001-06 | Ins. Est: 0202940-01 | 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

CENTRO/SURUBIM
 SURUBIM PE
 54.750-005

CLASSIFICAÇÃO
 61 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Moradia

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

MÊS/ANO	VALOR
09/2018	7005749888
10/2018	1421884961
11/2018	05/10/2018
12/2018	111,97

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO	VALOR
UNICA	34492018
Nº DO DOCUMENTO	1421884961
Nº DA INSTALAÇÃO	3223018

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
Consumo Ativo (kWh)	121,00000	65,88
Acesso à Bateria VERMELHA		3,10
Contribuição de Iluminação Pública		9,31
ICMS S/destino - CCZ-4F 01/0191-08/2919		0,80

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE COMBUSTIVO DESTA NOTA FISCAL	111,97
---	--------

MP DO MÊS/ANO	MP DA FATURA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	Nº DE CONTAS	VALOR
09/2018	09/2018	09-20-2018	09-20-2018	1421884961	111,97

MP DO MÊS/ANO	MP DA FATURA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	Nº DE CONTAS	VALOR
09/2018	09/2018	09-20-2018	09-20-2018	1421884961	111,97

COMPOSIÇÃO DO COMBUSTIVO

MP DO MÊS/ANO	MP DA FATURA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	Nº DE CONTAS	VALOR
09/2018	09/2018	09-20-2018	09-20-2018	1421884961	111,97

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Este documento é gerado automaticamente pelo sistema de emissão de notas fiscais eletrônicas. Não é necessário assinar ou carimbar este documento. Qualquer alteração neste documento será considerada fraude e poderá ser denunciada às autoridades competentes.

PROVIDENCIADORA
 C. CUT 2373

REPÚBLICA REPUBLICANA DO BRASIL
 GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
 DOC. IDENTIDADE / CRLD. EMISSOR/UP
 4810389 SSP PE
 CPF: 945.234.444-04 DATA NASCIMENTO: 28/07/1974
 PLACA: JOSE GOMES DE MOURA
 ISMARTE FERREIRA DE MO
 ORA
 PERMISSÃO: 33286755906
 Nº REGISTRO: 02378605873 VALIDADE: 08/04/2023 F. EMISSÃO: 17/06/2002
 OBSERVAÇÕES:
 Maria M. Moura de A. Fernandes.
 LOCAL: SURUBIM - PE DATA EMISSÃO: 10/04/2017
 Nº DE REGISTRO: 33286755906
 Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 88078645372
 PERNAMBUCO



Itaucard



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



ME



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



321199473077097000000290520 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

IMPRESSORA
03 OUT 2018

IMPRESSORA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELECOMUNICAÇÕES - ECT
BREVETADO ELETÔNICA - EBD
CAIXA POSTAL 851
01331-870 SÃO PAULO SP

Para uso dos Correios

- 1. Mutilação
- 2. Endereços incorretos
- 3. Não estar o endereço
- 4. Descompleto
- 5. Danos
- 6. Não procurado

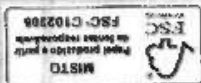
Registro ao serviço postal

em:

Assinatura

entregador:

- 7. Assinatura
- 8. Recibido
- 9. CEP
- Informações escritas
- por portão ou selador



Itaucard

Mude para a
Fatura Digital.
Mais rapidez e facilidade para você.

CRD 1022228





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Email

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.

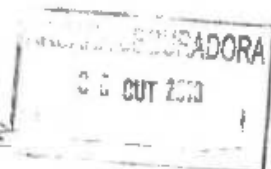
SUBSINADE 24 de OUTUBRO de 2008

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: 1067090210	Hora: 07:50	Nome do Paciente: Flavio José Araújo	Sexo: M	Data de Entrada: 13-06-2018
Idade: 210	RG:	Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
Data de Nascimento:	Naturalidade:			
Endereço: Av. Anjo de Cast. 35		Número: 35	Complemento:	
Cidade: Toritama	Bairro: Sombria	UF: SC	CEP:	
SUS:	Profissão:			
Nome da Mãe: Jureia José de Castro		Nome do Pai: Euláudio de Araújo		
Nome do Responsável:		Telefone:		

PA: x	PULSO:	FR:	HGT:	PESO:	T (°C):
SpO ₂ ambiente:	SpO ₂ com O ₂ U/min:				
CLASSIFICAÇÃO: <input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL ASSINATURA E CARIMBO:					

HDA: Paciente relata que foi atingido por uma explosão de gás de cozinha em casa. Foi levado ao hospital com queimaduras graves no rosto e membros superiores. Deseja ser tratado em casa com tratamento adequado.

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

EXAME GERAL:	OROSCOPIA:
OTOSCOPIA:	NEUROLÓGICO:
ACV:	GLASGOW: 15
AR:	NUCA: -
ABDOME: Trauma com sinais de contusão	PUPILAS: -
MEMBROS:	PELE:

Diagnóstico Provisório: Queimadura
 > Alergias: () Sim () Não

Conduta: Tratamento sintomático Tratamento de queimadura

Medico
Dr. João Arnobio de Oliveira
CREMEPE 10337
MÉDICO(CRM)

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
SC - OUT 2018





Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



PRF



Acidente nº 18034683B01

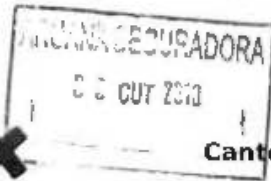
INFORMAÇÕES GERAIS

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: ✘ **Acostamento:** ✘ **Canteiro central:** ✘
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	Veiculos Envolvidos
1	Colisão traseira	V3 V2



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 85B487526BC29CE2A72FD8D5761EE0





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034683B01



PRF

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

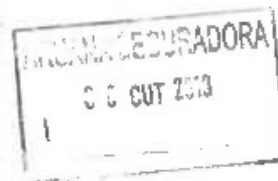
AMARRAÇÃO - TRIÂNGULAÇÃO

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

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



← 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. 8º 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



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

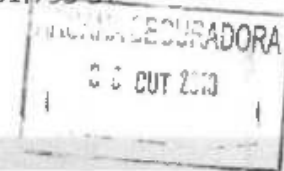
PROPRIETÁRIO

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 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 da 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 858487526BC29CE2A72FD6D5761EE0





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034683B01

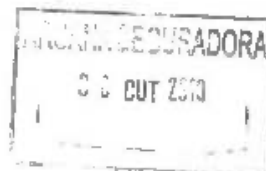


PRF

V1



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: SÍTIO 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  **TRACIONADOR**

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  **EDISLANY DE OLIVEIRA SOARES DO N LOPES**
CONDUTOR

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

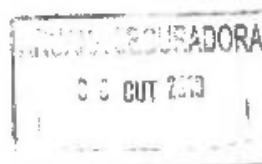
Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

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/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B4875268C29CE2A72FD6D5761EED





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034683B01



PRF

V2



CONDUTOR

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

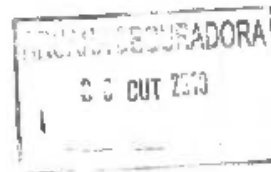
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA I, 0000000006 - CASA, COAHB, 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 no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B467526BC29CE2A72FD6D5761EE0





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034683B01



PRF

V3  **FLAVIO JOSE ARAUJO**
CONDUTOR

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

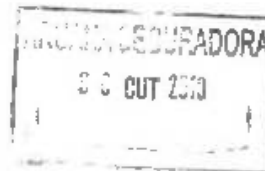
Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AD **Data primeira habilitação:** 15/03/1996
Nº Registro: 00794357216 **UF:** PE **Data de vencimento da habilitação:** 01/03/2023
Motorista Profissional: Não **Observações CNH:** 1315A

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



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 85B487526BC29CE2A72FD6D5781EED





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034683B01



PRF

V3  **Severino Lima de Melo**
PASSAGEIRO

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 Precilliano 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 15/06/2018, 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
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 (triclícos)		X	

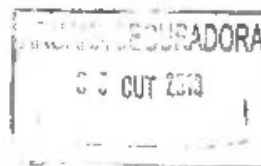
Total geral (SIM + NA): 0

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

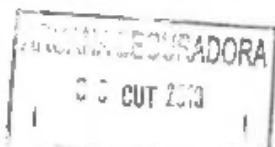
Nome do agente: ROBERTO CARLOS DA FONSECA

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 longarina.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	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 carroçaria.	M		X	
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M		X	
14	Avarias 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 carroçaria com o chassi	M		X	
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria 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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 11/06/2018, 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 desta 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

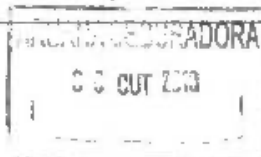
Nome do agente: ROBERTO CARLOS DA FONSECA

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 longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	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/navobal/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

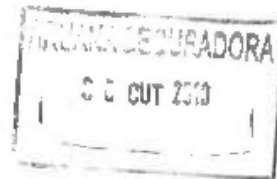
Item	Descrição do Item	Valor	SIM*	NÃO**	NA***
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada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



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 85B487528BC29CE2A72FD6D5761EE0





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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-IME
Endereço R. AMANCIO DA COSTA MARQUES		Número 25	Complemento CASA
Bairro SÃO SEBASTIÃO	Cidade SURUBIM	Estado PE	CEP 55750 000
Email			Telefone (DDD) (41) 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

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

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 PE 24 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

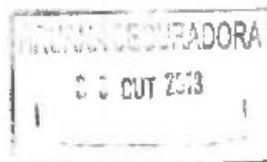
Flavio Jose Araujo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

PRIMA SEGURADORA
03 OUT 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF-001 V001/2017







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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01667/01668 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 14378048



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FLAVIO JOSE ARAUJO
Nº Sinistro: 3180511506
Vítima: 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

Pag: 00289/00280 - carta_03 - INVALIDEZ



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

Pag. 00387/00388 - carta_03 - INVALIDEZ

00040184



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

Pag. 01337/01338 - carta_01 - INVALIDEZ



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.

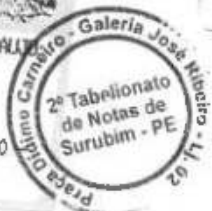
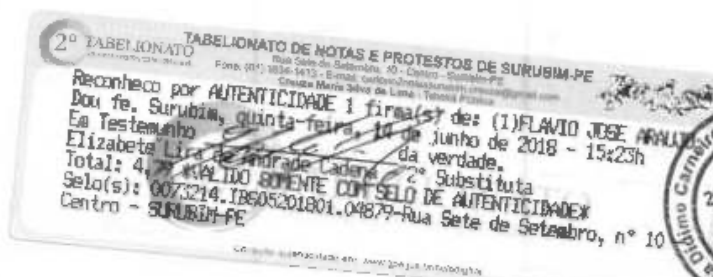
SURUBIM-PE 14 DE JUNHO 2018



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 ARAUJO
 DATA DO ACIDENTE 11/06/18 CPF DA VÍTIMA 021.858.094-28
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA M³ MARIA DE A FERVADES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO 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 ajfervades@surubim.com.br TELEFONE (81) 97004488

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 RECEÍTUÁRIO 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____ NOME Adriana M. Maria de A. Fervades ASSINATURA Adriana M. Maria de A. Fervades

