

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABETRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58054-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 246294 Atd: Nao Regular  
Data: 18/07/2019  
Hora: 21:16:34  
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA  
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.07.002245

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2963237 Fone: 987035354

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 26/08/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA MANOEL JOSE NOGUEIRA, 168 CONT. 982112854

Bairro: RENASCER Cidade: CABEDELO UF: PB

Mae: JOSEFA VERISSIMO DE SOUZA

Pai: MESSIAS ALVES DE SOUZA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PINTOR SEM ESPECIFICACAO (SEM CURSO SUPERIOR) Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: IRMAO JOAO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: CORPO DE BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO NO BESSA/COND.

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacão de Risco: AMARELO

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

COLISAO MOTO X CARRO NEGA VOMITO

*Colisao carro x moto*

Historia e Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente relata colisao carro x moto, uso de capacete, com trauma na perna (E). Nega perda de consciencia, TCE, Trauma Toracico, abdominal e ginecico. Ao exame deformidade na perna (E).

Diagnostico

Conduta

*Fratura de Tibia, Fibula*

*DRX de perna (E)*

Prescricao

Horario da medicacao

*Algodão*

Dr. Paulo L. Marques S. Jr.  
Cirurgião Geral  
CRM-PB 9189  
CNS 70050776880268

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04914

CONTA: 000130004665-7

---

Nr. da Autenticação F7EEBBF0BFD0A96B

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de boleto.

Retire para sempre pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica. Nº 036.480.730.



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insu. Est. 15.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JOAO VERISSIMO DE SOUZA  
RUA MANOEL JOSE NOGUEIRA 166  
CABEDELO

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/697464-6

### REFERÊNCIA

DEZ/2019

### APRESENTAÇÃO

27/12/2019

### CONSUMO

132

### VENCIMENTO

07/01/2020

### TOTAL A PAGAR

R\$ 123,98

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 08/01/2020

Pagador: JOAO VERISSIMO DE SOUZA CNPJ/CPF: 050.471.324-80

RUA MANOEL JOSE NOGUEIRA 166 - RENASCER - CABEDELO / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010272327	000697464201912	07/01/2020	R\$ 123,98	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAIBA  
 SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA  
 INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

DI-P.82

IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA  
 Messias Alves de Souza  
 Josefa Verissimo de Souza  
 Massaranduba-PB 26.08.1982

Cert. de Nasc. nº 4.154, Fls 189v, Liv. 1-5, Cart. de Massaranduba-PB

Assinatura do Titular: *IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA*

LEI Nº 7.118 DE 29-06-63

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAIBA  
 SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA  
 INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

DI-P.82

IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA  
 Messias Alves de Souza  
 Josefa Verissimo de Souza  
 Massaranduba-PB 26.08.1982

Cert. de Nasc. nº 4.154, Fls 189v, Liv. 1-5, Cart. de Massaranduba-PB

Assinatura do Titular: *IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA*

LEI Nº 7.118 DE 29-06-63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ADMINISTRAÇÃO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 AUTORAÇÃO DE CONDUTORES

**PB**

**IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA**

DOC IDENTIFIC / CADASTRO: 2963237  
 CEP: 051.867.674-92  
 DATA NASCIMENTO: 26/08/1982

PLACAS: MESSIAS ALVES DE SOUZA  
 JOSEFA VERISSIMO DE SOUZA

PERMISSÃO: 03/10/2023  
 1ª EMISSÃO: 23/03/2009

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1660824642

04595264153

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição: 051.867.674-92

Nome: IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

Nascimento: 26/08/1982

## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFN2957

2019

\*\*\*\*\*

Imprimir Consulta

QFN2957

Último Licenciamento: 2019

Proprietário: \*\*\*\*\*

Placa: QFN2957

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS  
ESDD

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2016

Ano Modelo: 2016

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERMELHA

Vencimento Licenciamento: 30/09/2020

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: #####

Município: CABEDELO

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 21/01/2020

PASSA / MOTOCICLET

ALCO/GASOL

HONDA/NXR160 BROS  
ESDD

2016 2016

PARTICULAR VERMELHA

30/09/2020

ALIENACAO FIDUCIARIA

CABEDELO

21/01/2020



Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL CUIDO PARARENTESCO COM

A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( ) \_\_\_\_\_

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

- 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 (REENBOLSO). 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](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

*Valdir Verissimo de Souza*

*de Souza*

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200042769 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA **Data do acidente:** 18/07/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG 3/4\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035979/20

**Vítima:** IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

**CPF:** 051.867.674-92

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 18/07/2019

**Titular do CPF:** IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA : 051.867.674-92

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/01/2020  
Nome: IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA  
CPF: 051.867.674-92

IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

---

**Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200042769**

**Vítima: IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 18/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
051-867-674-92 Alexandre Verissimo de Souza

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

5 - Nome completo: Alexandre Verissimo de Souza 6 - CPF: 051 867 674-92  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Manoel Jose Noqueira 9 - Número: 138 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Remocean 12 - Cidade: Cobedelo 13 - Estado: PI 14 - CEP: 5810000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 9 87088128

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 4914 CONTA: 04665 7 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprensa Oficial da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 21-01-20  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



**DADOS DO ACIDENTE**

Nº BOAT <b>0532 - 2019</b>	Responsável pelo Levantamento do Acidente: <b>FABRÍCIO JOSÉ DE ALMEIDA</b>	Posto/Graduação: <b>CB/PM</b>
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: <b>Av. Paulo Roberto de Souza</b>	Hora <b>17:50</b>	Bairro <b>Bessa</b>
Município: <b>João Pessoa</b>	U F <b>PB</b>	
Data da Ocorrência <b>18/07/2019</b>	Dia da Semana <b>Quinta-Feira</b>	C/S Vítima (QT) <b>Com (01)</b>
Tipo de Acidente <b>Col. Lateral</b>	Tipo de pavimento <b>Asfalto</b>	Condições da Pista <b>Seca</b>
Condições do Tempo <b>Bom</b>	Envolvidos no acidente (Quantidade) <b>02 Veículos</b>	Controle do tráfego <b>Placa Pare na Via B</b>

**CONDUTOR 01**

Nome <b>Ivandro Verissimo de Souza</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>26/08/1982</b>	RG <b>2963237</b>
Endereço <b>Rua Juiz Alfredo da Nobrega de Freitas, 449, Bessa, João Pessoa, PB – Tel.(083)98211-2854</b>			
1ª Habilitação <b>23/03/2009</b>	Categoria <b>AB</b>	Registro CNH N.º <b>04585264153</b>	U.F. <b>PB</b>
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Sim (0,00 mg/l)</b>	Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>03/10/2023</b>	Usava cinto <b>Sim</b>
Destino do Condutor <b>Socorrido ao Hospital de Trauma</b>			

**VEÍCULO 01**

Marca/Modelo <b>Honda Bros</b>	Espécie <b>Motocicleta</b>	Placa <b>QFN-2957</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>Cabedelo</b>	U.F. <b>PB</b>
Nome do Proprietário <b>Genilson Verissimo de Souza</b>					
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>014201132834</b>	Renavan N.º <b>0109189667-7</b>	Data da Emissão <b>03/09/2018</b>		
Condições do Veículo Antes do Acidente <b>Nada constatado</b>					

**VERSÃO DO CONDUTOR 01**

Condutor declarou que: Transitava no sentido Pio XI/Intermares, no lado direito da Via A, quando ao seguir seu fluxo normal o V2 que transitava no sentido contrario convergiu para a esquerda para entrar na Via B, e colidiu na lateral esquerda do seu veículo.

**CONDUTOR 02**

Nome <b>Laurentino Caetano Miranda</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>26/12/1971</b>	RG <b>1175315</b>
Endereço <b>Av. Caampo Sales, 910, Bessa, João Pessoa, PB – Tel.(083)99843-6020</b>			
1ª Habilitação <b>10/02/1995</b>	Categoria <b>AB</b>	Registro CNH N.º <b>01812664203</b>	U.F. <b>PB</b>
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Sim (0,00 mg/l)</b>	Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>16/06/2022</b>	Usava cinto <b>Sim</b>
Destino do Condutor <b>Permaneceu no local</b>			

**VEÍCULO 02**

Marca/Modelo <b>VW Gol</b>	Espécie <b>Automovel</b>	Placa <b>QFE-3358</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>
Nome do Proprietário <b>Erânia Roberta da Costa L. B. ME</b>					
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>014201194961</b>	Renavan N.º <b>0101608699-4</b>	Data da Emissão <b>22/08/2019</b>		
Condições do Veículo Antes do Acidente <b>Nada constatado</b>					

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Condutor declarou que: Transitava sentido Intermars/Pio XI no lado direito da Via A, quando parou, visualizou e constatou que não transitava veículo no momento em que sinalizou e convergiu para a Via B, no instante em que o V1 colidiu na frente do seu veículo.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 29/10/2019  
[Assinatura]

## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO - B-

VÍTIMA 01

Nome <b>Ivandro Verissimo de Souza</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>26/08/19</b>
Endereço <b>Rua Juiz Alfredo da Nobrega de Freitas, 449, Bessa, João Pessoa, PB – Tel.(083)982</b>		
Condição da Vítima <b>Condutor</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Trauma</b>	Usava Cinto

## CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O acidente se deu na Via A no sentido em que dois condutores fizeram o teste de etilômetro, dando 0,00 mg/l como resultado; veículo ficou esperando a VTR do SAMU para ser socorrido.

João Pessoa – PB, 12 de Agosto de 2019

Substituto  
Comandante  
EM: 2

  
**FABRÍCIO JOSÉ DE ALMEIDA CB PM**

Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 0532 - 2019

DANOS NO V1

Marca/Modelo: Honda Bros Placa: QFN-2957 Responsável pelo Preenchimento: CB Fabricio Data: 18/07/2019

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (tríciclo)		x	
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			00	

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA.

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA  
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA  
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo: VW Gol Placa: QFF-3358 Responsável pelo Preenchimento: CB Fabricio Data: 18/07/2019

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA.

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA  
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA  
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 12 de Agosto de 2019.

FABRÍCIO JOSE DE ALMEIDA CB PM

Responsável pelo Levantamento

ASSINADO EM PRESEÇA DE AGENTES  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 29/08/2019



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0532/ 2019

FOTOS DO V2

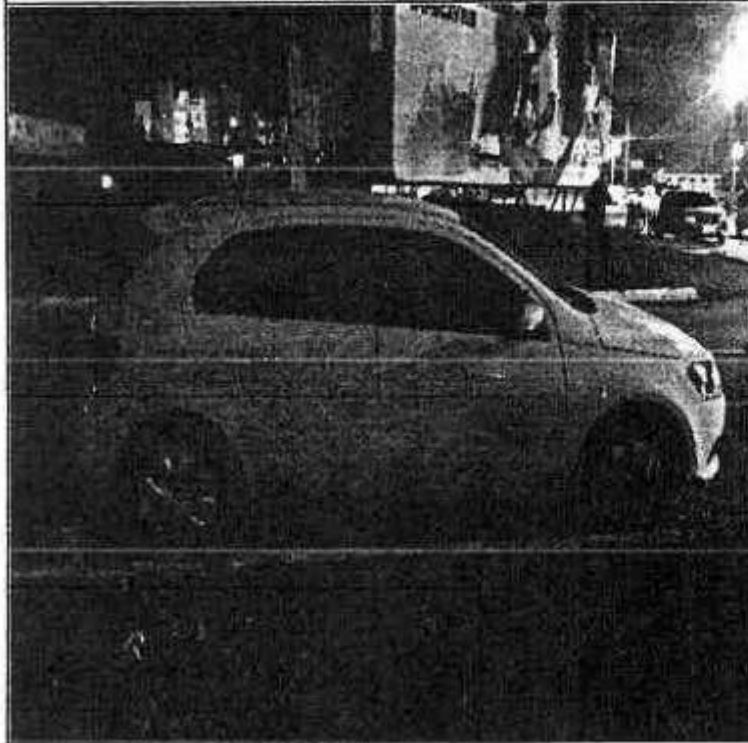
FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



CM: \_\_\_\_\_  
SS: \_\_\_\_\_

Código de Transformação 2019-01-01  
CM: 291081 2019

Fabricio José de Almeida Ch PM  
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0532/ 20

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA



Cópia da ocorrência com o Original

Fls. 29/08/2019

Fabricio José da  
Responsável pela

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
051-867-674-92 Alexandre Verissimo de Souza

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

5 - Nome completo: Alexandre Verissimo de Souza 6 - CPF: 051 867 674-92  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Manoel Jose Noqueira 9 - Número: 138 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Remocean 12 - Cidade: Cobedelo 13 - Estado: PI 14 - CEP: 5810000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 9 87088128

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 4914 CONTA: 04665 7 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprensa Oficial da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido  
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 21-01-20  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

