

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLF 7 HOSPITALAR MANGABETRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: CENTRE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58054-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ: ()

Ficha Nr: 246294 Atd: Nao Regulac
Data: 18/07/2019
Hora: 21:16:34
Recepctionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA Num. de vezes atendido: 1
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, 168CONT. 982112854
Bairro: RENASCR 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:
Respi: 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 violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemias:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	

Queixa Principal

SAO MOTO X CARRO NEGA VOMITO

beliseis cere + mete

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente relata estreñido cere + mete, uso de copacete, com trauma na perna (E). Negou perda de consciencia, TCE. Trauma torácico, abdominal e pelvic. Ao exame definiu dolo na perna (E).

Diagnóstico | Conduta

Fatores de Tíbia, Fibula

Prescrição

| Horário da medicacão

|

|

|

① Rx de perna (E)
② Analgesicos de
oligod e

Dr. Paulo J. Marques S. Jr.
Carangola-Batal
88161-000
CRM-PB 9189
CRN 70050776800268

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 VERRISSIMO 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 conta.

Renove para sempre pagamento da nota fiscal mensal de energia ultima N° 036.480.730.

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOAO VERISSIMO DE SOUZA
RUA MANOEL JOSE NOGUEIRA 168
CABEDELO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/697464-6

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

DEZ/2019

27/12/2019

132

07/01/2020

R\$ 123,98

Acesse: 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 168 - 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





INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFN2957**2019**

Imprimir Consulta

	QFN2957	Último Licenciamento: 2019
PASSA / MOTOCICLETA	ALCO/GASOL	Proprietário: *****
HONDA/NXR160 BROS ESDD	2016 2016	Placa: QFN2957
	PARTICULAR VERMELHA	Combustível: ALCO/GASOL
	30/09/2020	Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS ESDD
		Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA
		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
ALIENACAO FIDUCIARIA		
CABEDELO	21/01/2020	



INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

- IDENTIFICAÇÃO

VITIMA _____

CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

() VITIMA REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARANTE ESCO COM

A VITIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR

Nº _____ CÓDIGO FERIMENTO _____

CIDADE _____

E-MAIL _____

BAIRRO _____

CEP _____

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() BOLETIM DE ATENÇÃO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL),

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

() NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM

OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COM COPIA 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 CARTERA 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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (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 (DÍRISSAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS ORIGINAIS E LEGÍVEIS DE FARMÁCIA ACCOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI COM COPIA 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 CARTERA 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 VITIMA 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 GRAVIDEZ 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 O LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGU GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADOR
DATA _____	DATA _____
IDENTIDADE _____	ASSINATURA _____

Assinatura: ...

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 (OSTEOSSÍNTSE). 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035979/20

Vítima: IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

CPF: 051.867.674-92

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/07/2019

Titular do CPF: IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

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 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

Juandré Júlio de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 051-867-674-92

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Recluso Manoel José Nogueira 188 casa

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Rinascen Catedral PR 5810000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 9 87088728

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 4914 CONTA: 04665 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 32, §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 CIVI) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não

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

34 Impressão digital da vítima no 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

*Dom Pedro 21-01-20
x Juandré Júlio de Souza*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

CONDUTOR 01

Nome Ivandro Verissimo de Souza		Sexo Masculino	Nascimento 26/08/1982	RG 2963237
---	--	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço

Rua Juiz Alfredo da Nobrega de Freitas, 449, Bessa, João Pessoa, PB – Tel.(083)98211-2854

1ª Habilidação 23/03/2009	Categoria AB	Registro CNH N.º 04585264153	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 03/10/2023	Usava cinto	Usava Capacete
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica

Sim (0,00 mg/l)

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Honda Bros	Espécie Motocicleta	Placa QFN-2957	Categoria Particular	Município Cabedelo	U.F. PB
-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

Genilson Verissimo de Souza

Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 014201132834	Renavan N.º 0109189667-7	Data da Emissão 03/09/2018
----------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Condições do Veículo Antes do Acidente

Nada constatado

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 contrário convergiu para a esquerda para entrar na Via B, e colidiu na lateral esquerda do seu veículo.

CONDUTOR 02

Nome Laurentino Caetano Miranda		Sexo Masculino	Nascimento 26/12/1971	RG 1175315
---	--	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço

Av. Caampo Sales, 910, Bessa, João Pessoa, PB – Tel.(083)99843-6020

1ª Habilidação 10/02/1995	Categoria AB	Registro CNH N.º 01812664203	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 16/06/2022	Usava cinto	Usava Capacete Sim
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------	------------------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica

Sim (0,00 mg/l)

VEÍCULO 02

Marca/Modelo VW Gol	Espécie Automovel	Placa QFE-3358	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
-------------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

Erania Roberta da Costa L. B. ME

Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 014201194961	Renavan N.º 0101608699-4	Data da Emissão 22/08/2019
----------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Condições do Veículo Antes do Acidente

Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: Transitava sentido Intermares/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.

ENTREGUE TRAMITOU/TRANSMITIU
 Cópia de Conforme assinado em 07/08/2019
 EM: 29/08/2019


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

VITIMA 01

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

2019-08-12
Conselho de Contas
Eduardo 2

FABRÍCIO JOSÉ DE ALMEIDA CB PM

Responsável pelo Levantamento



POLICIA 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 (triciclos)		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.


FÁBIO JOSÉ DE ALMEIDA CB PM

Responsável pelo Levantamento

Assinatura do levantador
Data de Conformação com o original
EM: 29/08/2019





POLICIA 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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0532/ 2019

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)

LATERAL ESQUERDA (V2)

Fabricio José de Almeida Ch PM
Responsável pelo Levantamento

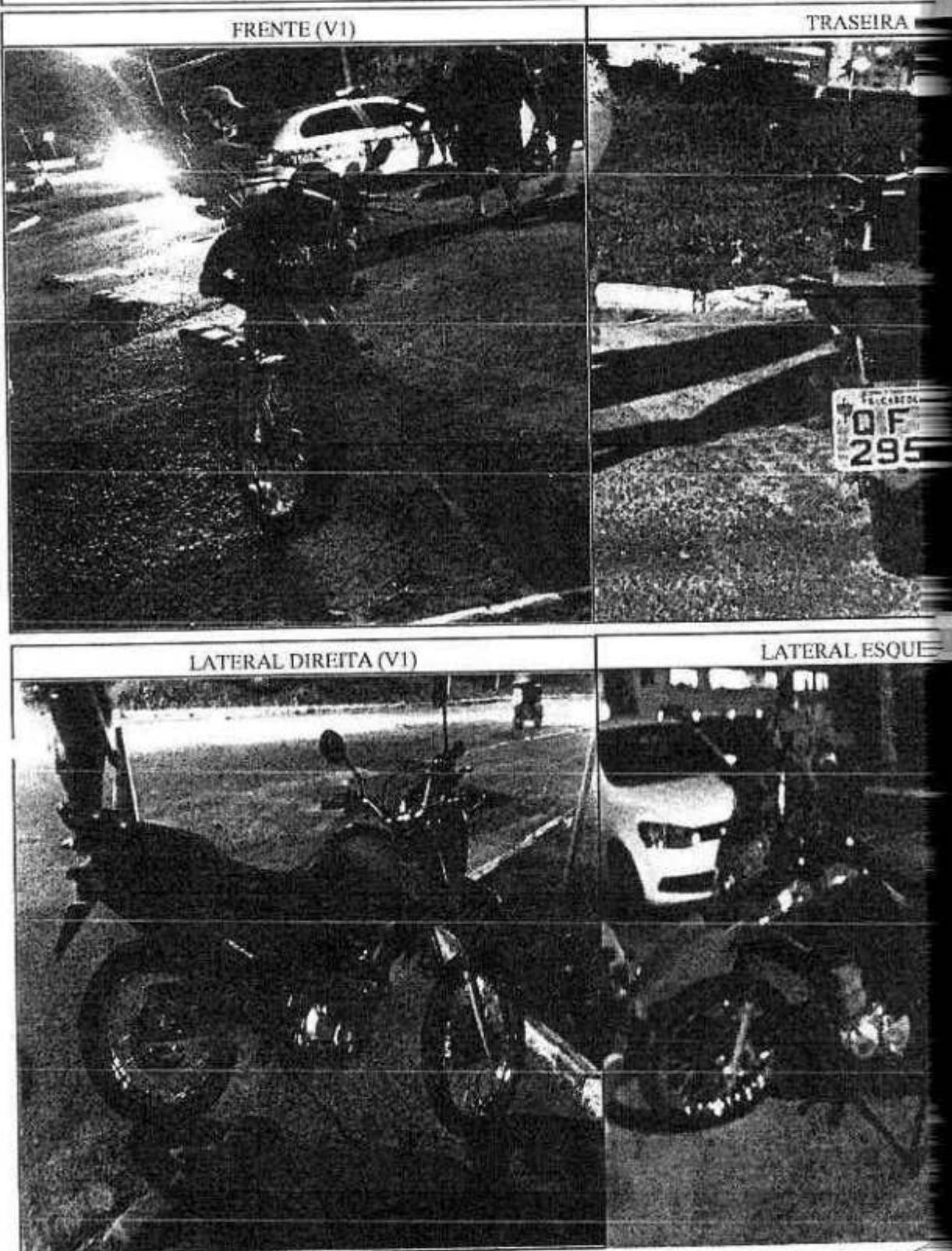
29/08/2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0532/ 20

FOTOS DO V1



Linha de fala para comunicação com o Oficial
Data: 29/08/2019

Fábio José de
Responsável pel-

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

Juan Pedro Verissimo de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 051-867-674-92

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Recluso Manoel José Nogueira 188 casa

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Rinascen Catedral PR 5810000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 987088728

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 4914 CONTA: 04665 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 32, §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 CIVI) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não

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

34 Impressão digital da vítima no 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

José Pires 21-01-20

x Grandes Virtudes de SP/2013

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

