

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: 03/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO LINDUARTE LOPES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000026095-6

Nr. da Autenticação 4FFF0CC3F8F1CFC2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200259207 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO LINDUARTE LOPES **Data do acidente:** 29/01/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO

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 MODERADO DE TORNOZELO DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.2_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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200259207

Vítima: FRANCISCO LINDUARTE LOPES

Data do Acidente: 29/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO LINDUARTE LOPES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO LINDUARTE LOPES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000026095-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 199.849.284-20 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO LINDUARTE LOPES

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

5 - Nome completo: FRANCISCO LINDUARTE LOPES 6 - CPF: 199.849.284-20
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA JOÃO FIRMINO REGIS 9 - Número: 01 10 - Complemento:
11 - Bairro: VINGT ROSADO 12 - Cidade: MOSSORÓ 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.626-217
15 - E-mail: mhsegurosdpvat@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 84 9.9804-9535

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 26.095 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MOSSORÓ/RN, 21 DE JULHO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRAFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO
Nº 0104920

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	AV: SENADOR DUARTE FILHO	Bairro:	VINGT ROSADO
P. Ref.	ASTRA 21	Data:	29/01/2020

2 - VEÍCULO: V-02

Placa	NNL 7H90	Cidade	NATAL	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA NXR 150 BROSS	Ano	2008/2008		
Proprietário	FRANCISCO FLORÊNCIO BARBOSA	Nº de Ocupantes	01		
Condutor	FRANCISCO LINDUARTE LOPES	Data de nasc.	21/12/1958		
Endereço	RUA JOAO FIRMINO REGIS	Nº	1	Fone	(84)999504070
Bairro	VINGT ROSADO	Cidade	MOSSORÓ	UF	RN
CPF nº	199.849.284-20	CNH	1040363466	CAT	AD
				Validade	12/08/2020
Local de Trabalho					

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	AV SENADOR DUARTE FILHO
Em que sentido?	BR110/ VINGT ROSADO
Em que faixa?	DIREITA

Versão do condutor:

"Alega que: TRANSITAVA NA RUA CITADA E NAS PROXIMIDADES DO ASTRA 21 AVISTOU 2 VEÍCULOS ESTACIONADOS NO ACOSTAMENTO DA VIA E AO ULTRAPASSAR OS MESMOS, UM TERCEIRO VEICULO QUE SE ENCONTRAVA A FRENTE DOS OUTROS DOIS, PARA SUBIR NA PISTA DE ROLAMENTO AVANÇOU REPENTINAMENTE VINDO A COLIDIR COM O CONDUTOR DE V1, APOS ISSO O VEICULO SE EVADIU DO LOCAL E O CONDUTOR DE V1 FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HRTM.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor/
declarante

Francisco Linduarte Lopes



Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 20/07/2020, na Sede do 2º DPRE.

André Victor Gê do Nascimento

Nome do Agente que registrou as informações		André Victor Gê do Nascimento					
Posto/Graduação	CB PM	Matrícula	2019884	Viatura	*****	Unidade	2º DPRE

Auxiliar do Setor de Tráfego do 2º DPRE.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 0104920

1 - LOCAL E DATA

Local AVENIDA SENADOR DUARTE FILHO Bairro VINGT ROSADO
Cidade/UF MOSSORÓ - RN P. Ref. ASTIZA 21
Data 29/01/2020 Hora do acidente 11:20 Hora do registro 11:40 Dia da semana QUARTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☒ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MNL 7730 Cidade KATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA / MXR 250 BROS Cor AMARELA Ano 2008 / 2008
Proprietário FRANCISCO FLORENCIO BARBOSA Nº de Ocupantes _____
Condutor FRANCISCO LINDUARTE LOPES Data de Nasc. 21/12/1958
Endereço RUA JOÃO FIRMINO REIS Nº 1 Fone _____
Bairro VINGT ROSADO Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 199.849.284-20 CNH Nº 1040363466 Validade 12/10/2020 Categoria A D
Local de Trabalho APOSENTADO Fone (84) 93950-4070
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

11 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ Nº _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT Nº _____ Cód/Desd _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO


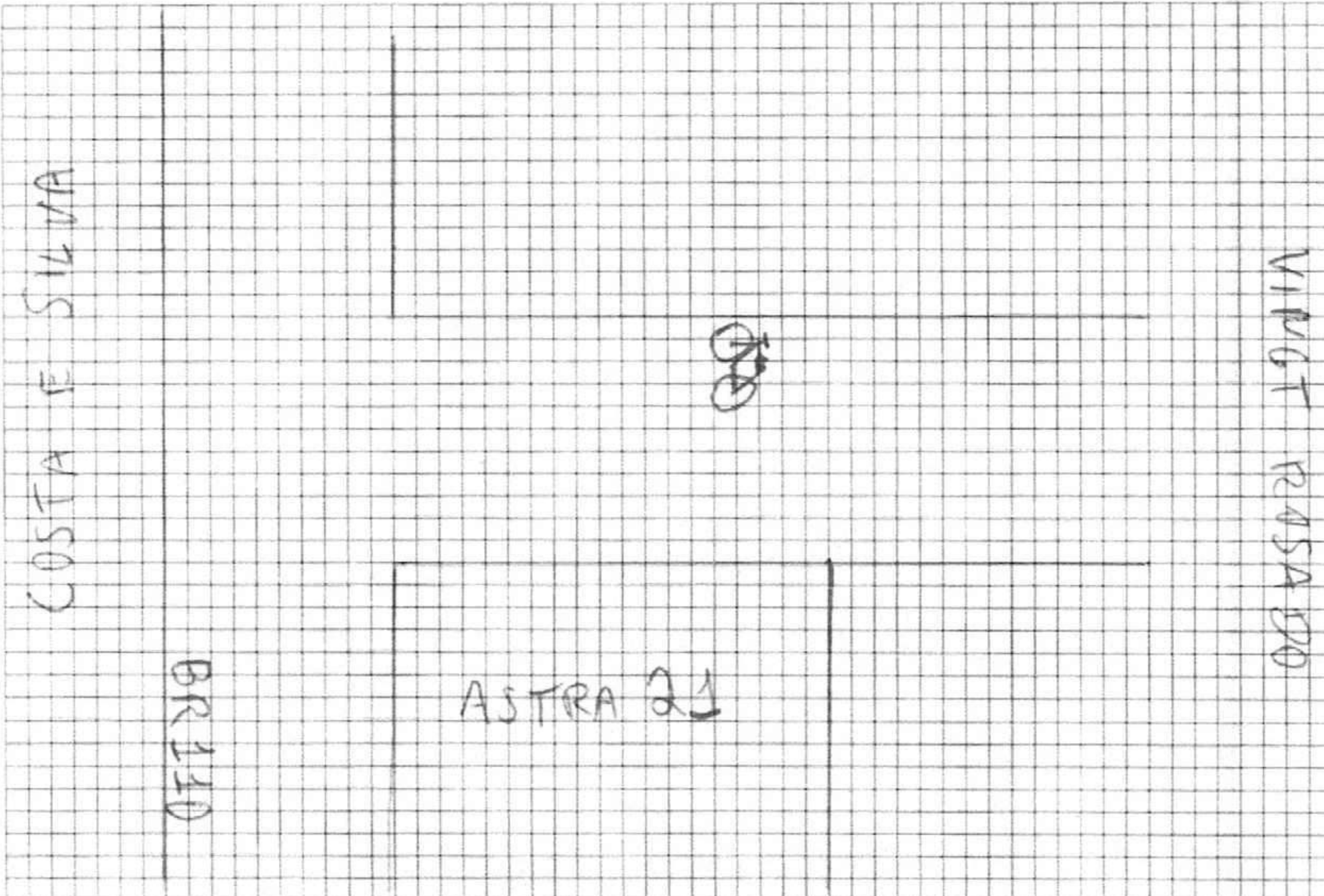



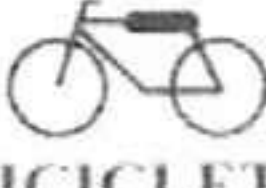

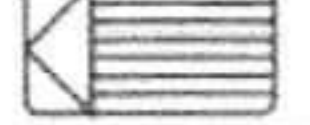
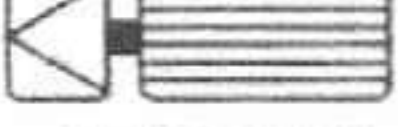
1º FOI VERIFICADO NO LOCAL QUE V1 TRANSITAVA NA AVENIDA SEWADOR DUARTE FILHO
 QUE EM DETERMINADO MOMENTO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO QUE INVADIU A VIA DE
 PENTE VINDO ACOLIDIR COM 2 MESMO EVADIR-SE DO LOCAL O CONDUTOR DE V1 NAO
 CONSEGUIU ANOTAR A PLACA DE V2
 2º O CONDUTOR DE V2 FOI CONDUZIDO PELO SAMU PARA UMA UNIDADE HOSPITALAR
 3º O V1 FOI LIBERADO NO LOCAL PARA A PESSOA DE: FRANCISCA DILCICLEA LOPES DE
 SOUZA, CMH: 03766014845, CPF: 046.255.094-69 -

Nome Completo do Agente EMERSON SALVATRIANO DE OLIVEIRA
 POSTO/GRAD.: CB PM Nº 2009-0503 Viatura TOR Subunid.: 23 DBRE
 Local e Data MAJORO - RM 29 de SETEMBRO de 2020
 Assinatura do Agente de Trânsito _____

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

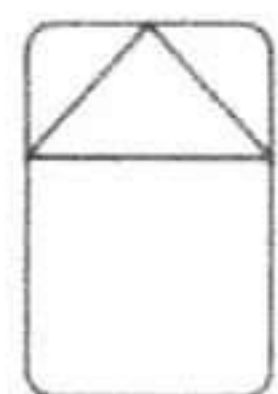
		
ÁRVORE		
		
VESTÍGIOS		
		
SEMÁFORO		
		
PEDESTRE		
		
BICICLETA OU MOTO		
		
CARRO DE PEQUENO PORTE		
		
CAMINHÃO OU ÔNIBUS		
		
CARRETA		

Handwritten notes on the grid: COSTA E SILVA (vertical), BR 110 (vertical), ASTRA 21 (horizontal), VARGAS RASADO (vertical).

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

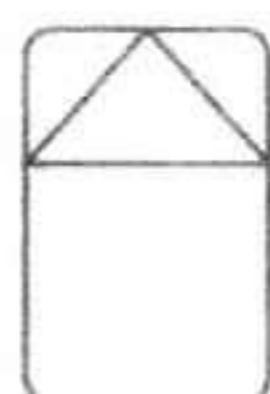
AVARIAS DO VEÍCULO 1

- TAMPA LATERAL
- GUÍDA

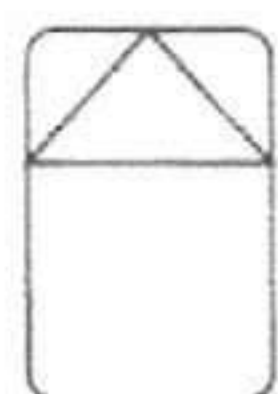


- CARENAGEM DO TAWBUE
- BULBOS

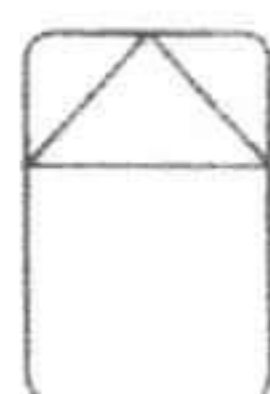
AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V1 _____

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____