

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: 00000026095-6

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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE). 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

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, 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, retorno 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 N° 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0560

CONTA: 26.095

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 Sim teve filhos?

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima Sim teve irmãos?

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Francisco Linduarte Lopes
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

FPS.001 V002/2019

J.R. J. Lopes
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



Observação do Agente de Trânsito:

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

Nome do Agente que registrou as informações André Victor Gê do Nascimento

Posto/Graduação	CB PM	Matrícula	2019884	Viatura	*****	Unidade	2º DPRA
-----------------	-------	-----------	---------	---------	-------	---------	---------

Auxiliar do Setor de Tráfego do 2º DPRA.



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

B O A T 0 1 0 4 9 2 0

1 - LOCAL E DATA

Local Avenida Senador Quarto Filho Bairro VINHAT ROSADO
 Cidade/UF NASSO RO - RN P. Ref. AST 074 21
 Data 29/10/2020 Hora do acidente 11:20 Hora do registro 11:40 Dia da semana QUARTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> - Colisão Frontal | <input type="checkbox"/> - Colisão Lateral | <input type="checkbox"/> - Capotamento | <input type="checkbox"/> - Atropelamento |
| <input checked="" type="checkbox"/> - Colisão Posterior | <input checked="" type="checkbox"/> - Colisão Transversal | <input type="checkbox"/> - Choque | <input type="checkbox"/> - Outro(s) _____ |

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NNL 7790 Cidade PATAL UF RN
 Marca/Mod. HONDA / NX 250 BROS Cor AMARELA Ano 2008 / 2008
 Proprietário FRANCISCO FLODEURO BARBOSA Nº de Ocupantes _____
 Condutor FRANCISCO LIMA VARTE LOPES Data de Nasc. 21/12/1958
 Endereço RUA: JOÃO FIRMINO REAIS Nº 1 Fone _____
 Bairro VINHAT ROSADO Cidade Mossoró UF RN
 CPF/Nº 199.849.284-20 CNH N° 1040363466 Validade 12/10/2020 Categoria AD
 Local de Trabalho APÓS ENTENDO Fone (84) 99950-4070
 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 N° _____ 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 N° _____ 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 N° _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
 Local de Trabalho _____ Fone _____
 End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para:

Presenciar: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para:

Presenciar: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para:

Presenciar: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para:

Presenciar: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG Nº _____ Orgão Exp. _____
Endereço _____ N° _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO ATENº _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

1º FOI VERIFICADO NO LOCAL QUE VÍA TRANSTAVA NA AVENIDA SENADOR D'AMARAL FILHO, QUE EM DETERMINADO MOMENTO FOI COLIDIDO POR UM VEÍCULO QUE INVADIU A VIA DIRETAMENTE VINDO ACOLIDIR COM 3 MÉS NOF. EVADIN-SE DO LOCAL O CONDUTOR DE VÍA NÃO CONSEGUIU ANOTAR A PLACA DE VÍA.
2º O CONDUTOR DE VÍA FOI CONDUZIDO PELO SAMU PARA UMA UNIDADE HOSPITALAR SOUTO, CNH: 03766014845, CPF: 046.255.094-64 -

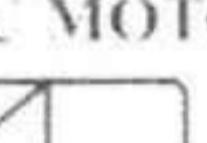
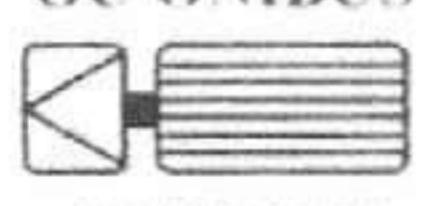
Nome Completo do Agente EMERSON SALGASTRO ANDRADE OLIVEIRA
POSTO/GRAD.: CB PM Nº 2009-0503 Viatura TDR Subunid.: 2º DBRE
Local e Data Mansoró - RJ, 29 de JANEIRO de 2020

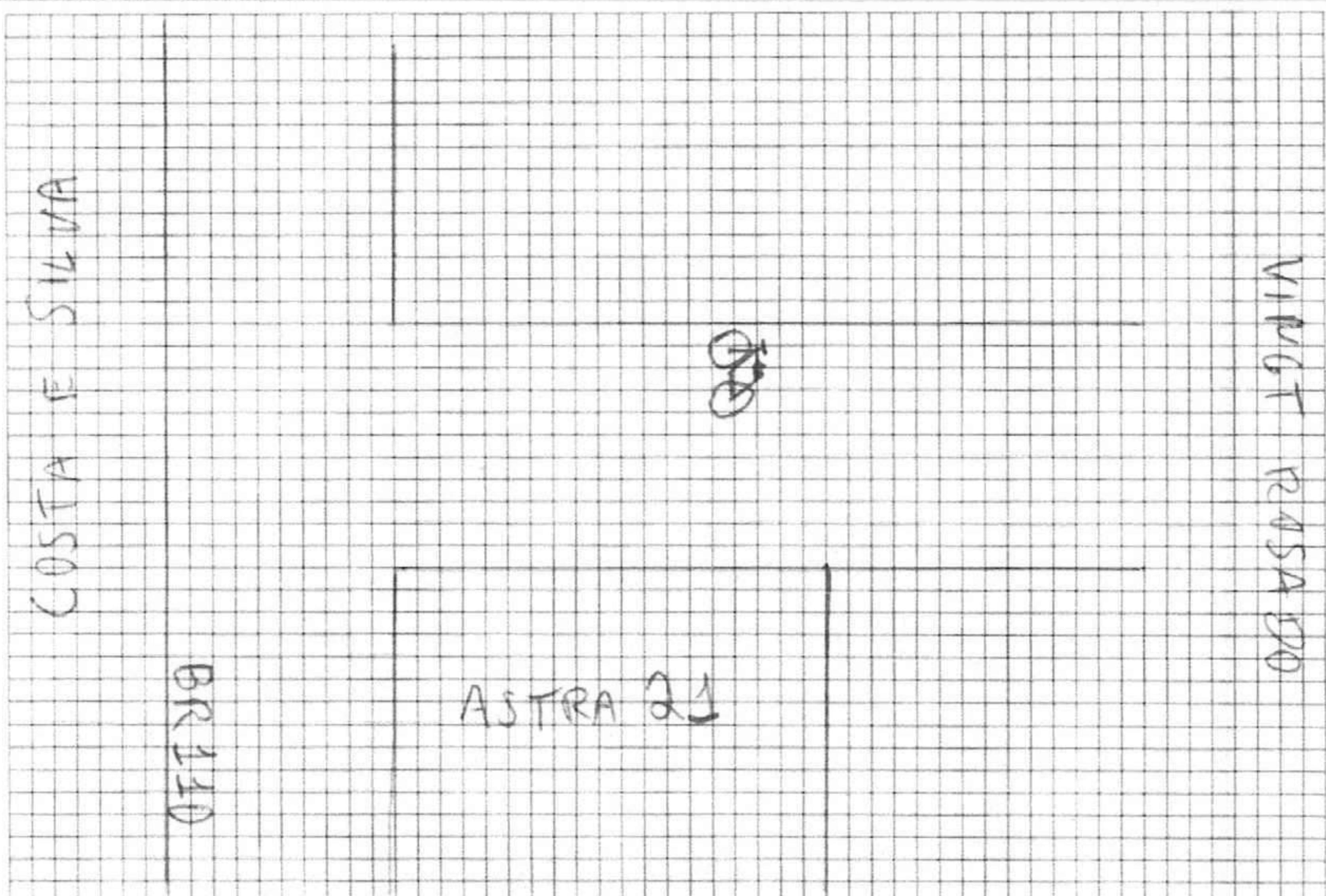
Assinatura do Agente de Trânsito

8 - CONDIÇÕES DA VIA

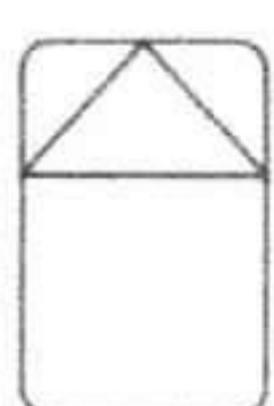
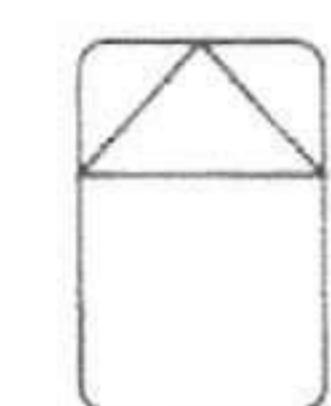
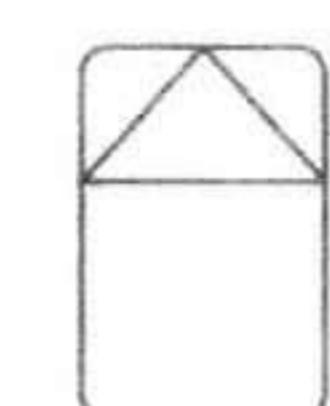
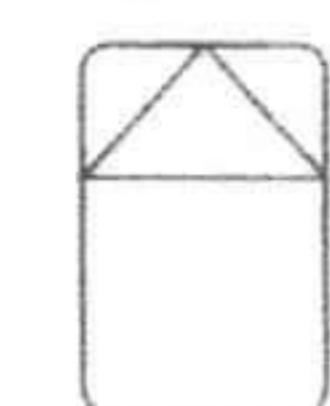
Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> Nebulosa	<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"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	

9 - CROQUIS DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

**10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO****AVARIAS DO VEÍCULO 1**

- TAMPA LATERAL
- GUIDA

**AVARIAS DO VEÍCULO 3****AVARIAS DO VEÍCULO 2****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 _____