

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278168/20

Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

CPF: 199.696.512-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2017

Titular do CPF: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO ROCHA CAVALCANTE : 199.696.512-34

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: 01/10/2020
Nome: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE
CPF: 199.696.512-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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, 05 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200352743

Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 03 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200352743

Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

139.636.532-34

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO NOCHA CAVALCANTE

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

5 - Nome completo:

ANTONIO NOCHA CAVALCANTE

6 - CPF:

139.636.532-34

7 - Profissão:

EMPRESARIO

8 - Endereço:

AV. MANOEL VILLENTI 90620

9 - Número:

406

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ASA BRANCA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

63.352-235

15 - E-mail:

ANTONIO.NOCHAARL@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(39) 33320-5252

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
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICO FEDERAL

AGÊNCIA: 3408

CONTA: 20765

3

(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 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:

 Sim Não

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)

40 - Local e Data, 16/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EBC 001 10/09/2010

38 - 1º | Nome: WENDELA DE MORAES OLIVEIRA
CPF: 012.862.233-04

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Francisco Benhemo Góes Júnior
CPF: 234.142.293-70

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036885/2017-A01

Data/Hora Início do Registro: 04/10/2017 11:05
Origem: Polícia Judiciária Data: 03/10/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Fim: 04/10/2017 11:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 03/10/2017 06:40

Local do Fato

Município: Pacaraima
Logradouro: BR-174

Bairro: ÁREA RURAL

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Moraújo Nasc: 12/06/1975

Profissão: Empresário

Nome da Mãe: Maria Socorro Cavalcante

DAT

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA DOMINGOS MACIEL COSTA

Nº: 300-A

04 OUT. 2017

Bairro: JARDIM FLORESTA

Telefone: (95) 99130-7220 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

CONFERIDOR

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete
Placa NAV7187	Número do Chassi 9BG148MK0JC409925
Ano/Modelo Fabricação 2018/2017	Cor CINZA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo CHEVROLET/S10 LTZ DD4A	Modelo CHEVROLET/S10 LTZ DD4A
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido

Envolvimentos

Antonio Rocha Cavalcante

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante ANTONIO ROCHA CAVALCANTE, CNH 00853711026, trafegava pela BR-174, sentido Boa Vista/Pacaraima à 6km antes da ponte do URARICUERA, quando veio a colidir com um buraco vindo a estourar o pneu traseiro do lado direito e logo em seguida capotar descendo o aterro; Segundo o comunicante o mesmo levava muito gêneros alimentícios e cosméticos; Que seu veículo foi saqueado perdendo assim, toda a mercadoria. E o relato.

ASSINATURAS

Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento

Antonio Rocha Cavalcante
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Comunicação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:
C. NICOLETTI/2218366
Na Rodovia
MUNICÍPIO/UF:
BOA VISTA/RR

DATA/HORA:
03/10/2017 06:30

BR:
174
DESCRITIVO DO LOCAL:

SENTO:
Crescente

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Pleno dia

CONDICÃO METEOROLÓGICA:

Céu Claro

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Simples

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

CONDICÃO DE PISTA:

Seca

LOCALIDADE URBANIZADA:

Não

ESTRUTURA VIARIA:

Reta

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Não

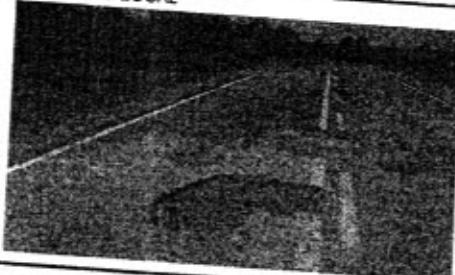
EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Não

IMAGEM PANORAMICA - SENTIDO CRESCENTE

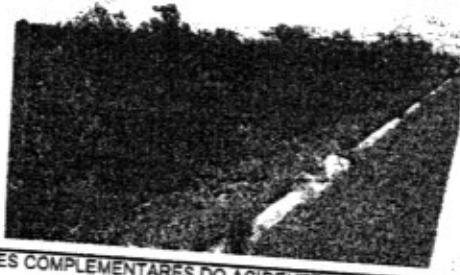


IMAGEM DESCRIPTIVA DO LOCAL



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

Rodovia 174 com vários buracos em toda sua extensão sentido Boa Vista/Pacaraima.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM ADICIONAL

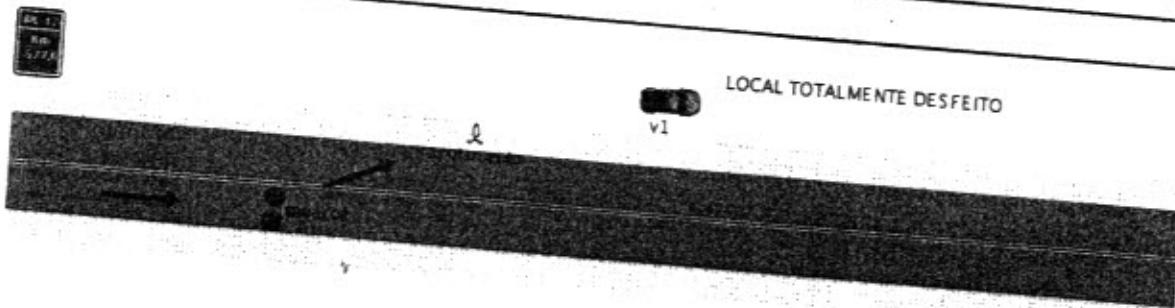


Eventos Sucessivos

DINÂMICA

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Capotamento	

Croqui



LOCAL TOTALMENTE DESFEITO

BOA VISTA

PACARAIMA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218368

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27FB898E43FFEEAFD45

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

Narrativa

Equipe PRF acionada pelo CIOP por volta das 0850h para atender ocorrência na BR 174, Km 577, sentido crescente. Ciop informou que o Sr. Antonio Rocha Cavalcante, CNH registro nr. 00853711026, condutor do veículo Chevrolet/S10, placa NAV 7187, cor cinza, estaria no Hospital Geral de Roraima em atendimento médico e solicitou comparecimento para averiguação. Equipe chegou ao hospital não localizando o condutor. Confirmado o atendimento médico através prontuário nr. 1700845784, de 03/10/17, 07:46:40h, Traumatologia do HGR. Equipe deslocou até o local do acidente onde encontrou o veículo envolvido já em cima de um guincho particular tendo como responsável pelo acompanhamento do veículo o Sr. Raoni Silva do Nascimento, CPF 001.646.922-40, contato 95-991347437. Foram realizadas as fotos do veículo e local do acidente, porém em virtude do desfazimento do mesmo não foi possível realizar os demais procedimentos. Segundo relatos do condutor seu veículo estourou o pneu quando passou por um buraco localizado na rodovia BR 174, Km 577, sentido crescente, vindo a perder o controle, sair da pista e capotar. Informou que populares o levaram para o HGR e que acionou um guincho particular para remover o veículo. Foi constatado que haviam vários buracos na pista de rolamento da rodovia onde aconteceu o acidente.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27F8698E43FFEEAFD45

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: NAV7187	MARCA/MODELO: CHEVROLET/S10 LTZ DD4A	ANO FABRICAÇÃO: 2017
SITUAÇÃO: Tracionador	CHASSI: 9BG148MK0JC409925	TIPO DE VEÍCULO: Caminhonete	PAÍS: BRASIL
ESPECIE: Especial	RENAVAM: 01122754695	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Segundo o fluxo, na faixa de rolamento
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

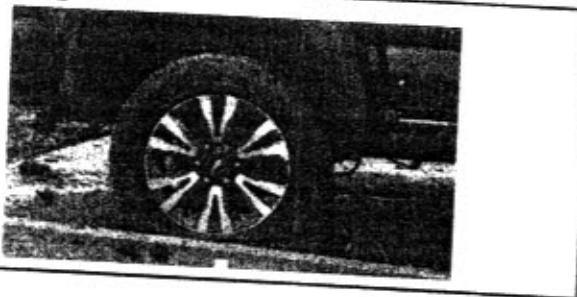
NOME DO PROPRIETÁRIO:
FRANCISCO HERIBERTO GUIMARAES CPF/CNPJ:
234.422.393-20

Dados de Endereço
LOGRADOURO:
AV PRES CASTELO BRANCO CASA 3 NÚMERO:
COMPLEMENTO:
CALUNGA BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:
BOA VISTA/RR
TELEFONE:

E-mail:
Dados da Carga
Descrição e Informações Complementares:

Encaminhamento
MOTIVO:
Outros TIPO DE RECEPTOR:
Outro
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
Condutor do veículo informou em sua declaração que chamou guincho particular para remover o veículo do local.

IMAGEM ADICIONAL





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:	ENVOLVIMENTO:	
V1 / NAV7187 / CHEVROLET/S10 LTZ DD4A	Condutor	
NOME:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
ANTONIO ROCHA CAVALCANTE	199.696.512-34	12/06/1975
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
		Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	
	MARIA SOCORRO CAVALCANTE	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:	
RUA DONA COTA VIEIRA	370	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
CASA	CAIMBE	
MUNICÍPIO/UF:		
BOA VISTA/RR		
TELEFONE:	EMAIL:	
95-991307220	antoniorochaarc@hotmail.com	

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO:	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA:
Habilitação Nacional		AB
MOTORISTA PROFISSIONAL:	Nº DO REGISTRO:	UF:
Não	00853711026	RR

DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: VALIDADE DA CNH:
 21/09/1999 15/07/2019

OBSERVAÇÕES DA CNH:

99

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
Lesões Leves	Sim	
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
NÃO APLICÁVEL	NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL:	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE
Não		Não

DESCRÍÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

Condutor não foi encontrado no hospital e nem no local do acidente.

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:
Não	Não

Encaminhamento

MOTIVO:	TIPO DE RECEPTOR:
Socorro médico	Outro
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:	
O condutor do veículo informou em sua declaração que foi socorrido por populares e levado ao HGR.	



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27F8698E43FFEEAFD45

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 6 de 9



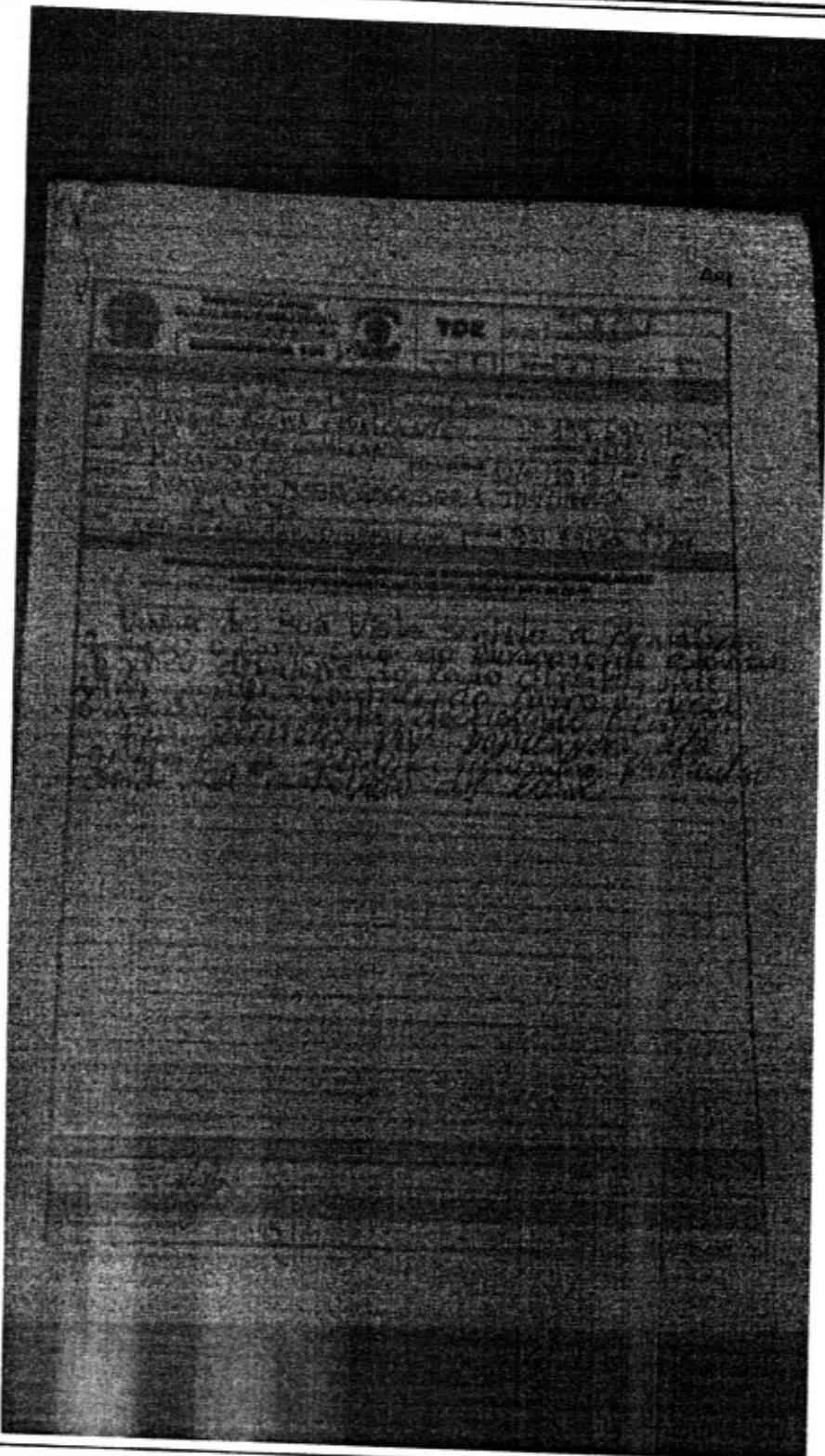
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA DECLARAÇÃO



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27F8698E43FFEEAFD45

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / NAV7187 / CHEVROLET/S10 LTZ DD4A

NÚMERO DO BAT:

17077017B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

C. NICOLETTI/2218366

DATA/HORA:

03/10/2017 06:30

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassis.	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M	X		
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M	X		
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X		
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M	X		

DIMENSÃO DA MONTA:

Média



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)

IMAGEM DA TRASEIRA (V1)

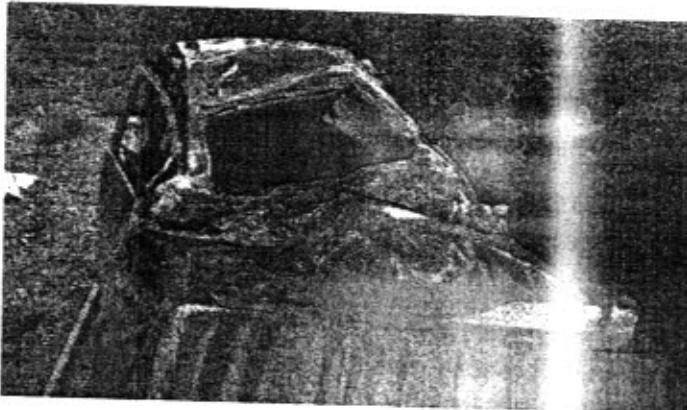
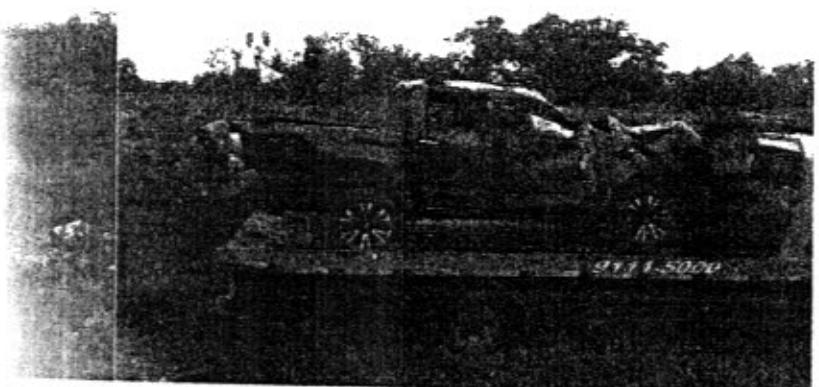
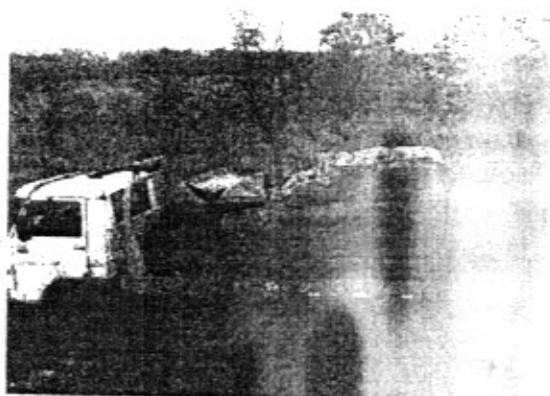


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



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:

139.636.532-34

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO NOCHA CAVALCANTE

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

5 - Nome completo:

ANTONIO NOCHA CAVALCANTE

6 - CPF:

139.636.532-34

7 - Profissão:

EMPRESARIO

8 - Endereço:

AV MAIOR VILLENTI 90620

9 - Número:

406

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ASA BRANCA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

63.352-235

15 - E-mail:

ANTONIO.NOCHAARL@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(39) 33320-5252

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
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICO FEDERAL

AGÊNCIA: 3408

CONTA: 20765

3

(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 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:

 Sim Não

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)

40 - Local e Data, 16/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EBC 001 0001/2010/2010

38 - 1º | Nome: WENDELA DE MORAES OLIVEIRA

CPF: 012.862.233-04

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Francisco Benhemo Góes Júnior

CPF: 234.142.293-70

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1700845787	03/10/2017 07:46:40	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	1
Paciente ANTONIO ROCHA CAVALCANTE	Data Nascimento 12/06/1975	Idade 42 A 3 M 21 D	CNS 700007750622807	CPF 19969651234	Prontuário 11/14/08		
Tipo Doc Documento Mãe MARIA SOCORRO CAVALCANTE	Órgão Emissor Data Emissão M	Sexo Pai NC	Estado Civil Raça/Cor SOLTEIRO(A) PARDA	Naturalidade BOA VISTA - RR	Contato (95) 99158-9828	Ocupação	
Endereço RUA - XVIII - 90 - CAMBARA - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE CARRO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Selos GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada TRANSPORTADO POR TER	Procedimento Sol.		Registrado por: KAROLINE.OLIVEIRA			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (CABO TAMENTO DE CARRO). APRESENTA ESCORIASSES EM NS. Exame Físico É LESÃO EN REGISTRO TEMPORAL (E).						
Hipótese Diagnóstica Polirrassoma							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAYO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO (C) Dipirona 500 (E) (C) Tilitil 500 (E)) 08:00h (C) Sulfato + Ácido				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
Conduta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input checked="" type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revista <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: <input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta: ____ / ____ : ____ :						
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica				
Assinatura do Paciente ou Responsável <i>Dr. Alison Leite Médico CRMER 1779</i>				Carimbo e Assinatura do Médico			

Impresso por: karoline.oliveira
Data/Hora: 03/10/2017 07:52:48





Dr. Nilo Brandao Neto
Ortopedia - Traumatologia
Membro Titular S. B. O. T.
TEOT 5823/CRMRR 364

Antônio Rocha Cavalcante

Paciente ~~referente~~ caputamento
de carro no Br 174, com
traumatismo torácico e
ombro E em 03/10/17,
com fratura grande tuberosa
lateral, menor E, esse via
consolidado. Ele tratou-se
no médico ortopedista
~~(evolução lenta e dolorosa)~~

06/11/18

DR. NILO BRANDAO NETO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
Membro Titular S. B. O. T.
TEOT 5823/CRMRR 364

NÃO TROQUE ESTE MEDICAMENTO

Ao retornar, traga esta Receita

Centro Médico Ortopédico
3623-2036
Foto Tel: (995) 3623-4548

Receituário

NOME:

Antônio . Rocha

uso Ocular

① MAXIFLUX (CINNABACIN)
0.5% ea.
Aplicar 4/4h e cada olho
por 10 dia:

② Compresso Gáz

Aplicar sobre a pálpebra 6/6h
+10mm/cada, por 5 dias

Data: 31/10/17

Dr. Bruno Reixeira
Oftalmologista
CRM - RJM 8360

Assinatura e Carimbo



Dr. Nilo Brandão Neto
Ortopedia - Traumatologia
Membro Titular S. B. O. T.
TEOT 5823 /CRM/RR 364

Antônio Rocha Cavalcante

Paciente refere contusão de
de carro no Br 174, com
traumatismo torácico e
ombro E em 03/10/17,
com ferimento grande tuberoso
lateral direito E, esse via
consolidado. Ele tratou-se
no médico ortopedista
~~(evolução lenta e dolorosa)~~

06/11/17

Uma

NILO BRANDÃO NETO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM/RR 364
TEOT 5823
CPFF 109.820-202-89

Consultório Ortopédico

3623-2036
Fone Res.: (095) 3623-4548

NÃO TROQUE ESTE MEDICAMENTO

Ao retornar, traga esta Receita

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

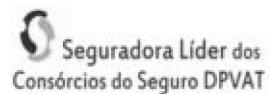


1700845787	03/10/2017 07:46:40	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	1
Paciente ANTONIO ROCHA CAVALCANTE		Data Nascimento 12/06/1975	Idade 42 A 3 M 21 D	CNS 700007750622807	CPF 19969651234	Prontuário	
Tipo Doc Mãe	Documento MARIA SOCORRO CAVALCANTE	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(A)	Raça/Cor PARDA	Naturalidade BOA VISTA - RR
Endereço				Pai		Contato (95) 99158-9828	Ocupação
RUA - XVIII - 90 - CAMBARA - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE CARRO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada TRANSPORTADO POR TER			Procedimento Sol.		Registrado por: KAROLINE.OLIVEIRA	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (CAPOTAMENTO DE CARRO). APRESENTA ESCORIASSES EM MSCI E LESOS EM REGIÃO TEMPORAL (E).							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica	POLITRAUMA						
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAYO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PREScrição	Sipirona 100 mg (E) Tilatil 100 mg (E) Suturo + drenos (E)				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
Conduta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino:	() Família	() IML Anatomia Patológica / / : :				
Assinatura do Paciente ou Responsável <i>Jr. Adilson Leite</i>				Carimbo e Assinatura do Médico <i>CRM/RR 1770</i>			
Impresso por: karoline.oliveira Data Hora: 03/10/2017 07:52:48							
<small>F-2017 SOTF-SH - Software de Traumatologia SOTF - Sistema Operacional de Saúde V.1.2.00 - 07-06-20</small>							



1700845787

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278168/20

Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

CPF: 199.696.512-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2017

Titular do CPF: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO ROCHA CAVALCANTE : 199.696.512-34

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: 01/10/2020
Nome: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE
CPF: 199.696.512-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278168/20

Número do Sinistro: 3200352743

Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

CPF: 199.696.512-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2017

Titular do CPF: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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.