

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

22/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

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

CLIENTE: ERALDO ALVES DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000065000-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2206202005000000000023702108000000065000236250 PAGO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118468/20

**Número do Sinistro:** 3200152161

**Vítima:** ERALDO ALVES DE OLIVEIRA

**CPF:** 030.783.484-07

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/02/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ERALDO ALVES DE OLIVEIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/05/2020  
Nome: ERALDO ALVES DE OLIVEIRA  
CPF: 030.783.484-07

ERALDO ALVES DE OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118468/20

**Vítima:** ERALDO ALVES DE OLIVEIRA

**CPF:** 030.783.484-07

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/02/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ERALDO ALVES DE OLIVEIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ERALDO ALVES DE OLIVEIRA : 030.783.484-07**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020  
Nome: ERALDO ALVES DE OLIVEIRA  
CPF: 030.783.484-07

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

ERALDO ALVES DE OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

ESTADO DA PARAIBA

COMISSÃO DE CONSUMO E DEFESA  
INSTITUTO DE DEFESA CONSUMIDOR  
DEPARTAMENTO DE DEFESA CONSUMIDOR

John White of New York

[illegible][illegible]





MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NOME

ESALDO ALVES DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO

03/12/1944



CPF

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200152161 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERALDO ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 25/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR  
ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <b>ERALDO ALVES DE OLIVEIRA</b>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 42A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 27/02/2020		DATA DE ALTA: 20/03/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos da Perna ESQUERDA</i>				CID S82	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM (X) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

*Paciente portador(a) de Fratura exposta dos Ossos da Perna DIREITA, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação Interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.*

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por **15** dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** *ATB + aine + analgésico*

**RETORNO:** Ao posto de saúde em **21** dias.  
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em 7 dias para revisão. (DR. RODRIGO AMARAL)

20/03/2020

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI INSS EMPRESAS ESCOLAS MINISTÉRIO DO TRABALHO

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <b>ERALDO ALVES DE OLIVEIRA</b>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE : 42A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 27/02/2020		DATA DE ALTA: 20/03/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos da Perna ESQUERDA</i>				CID <i>S82</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM (X) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		( ) REMOVIDO	( ) A PEDIDO	( ) CURADO	( )
ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

*Paciente portador(a) de Fratura exposta dos O. sos da Perna DIREITA, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação Interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.*

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por **15** dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou um "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

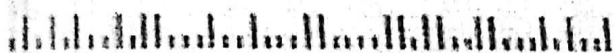
**MEDICAÇÕES PARA CASA:** *ATB + aine + analgésico*

**RETORNO:** Ao posto de saúde em **21** dias.  
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em 7 dias para revisão. (DR. RODRIGO AMARAL)

20/03/2020

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M



PC -00

ERALDO ALVES DE OLIVEIRA  
R SERING CHICO MENDES 485  
CASA - INDUSTRIAS  
58083-160 JOAO PESSOA - PB

Postagem: 23/07/2020  
Vencimento: 08/08/2020  
Emissão: 22/07/2020  
Fechamento próxima fatura: 22/08/2020

230220

ERALDO ALVES DE OLIVEIRA  
93.XXXX.XXXX.2398

### Resumo da fatura

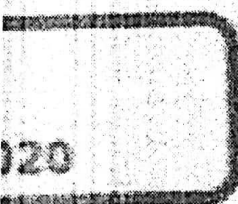
Total da fatura anterior

Pagamento efetuado em 07/07/2020

- Saldo anterior
- Interesse de financiamento e moratória
- Lançamentos atuais
- Total desta fatura**

Atenção: Este documento é uma cópia da fatura original. A validade desta cópia depende da autenticação por meio do código QR e do link de acesso à fatura original no site Itaú.

A fatura impressa chegará em casa? Mude agora pela Fatura Digital no app Itaú ou no site Itaú.



At pagamento total

459,40

At pagamento mínimo

162,86

At juros e taxas

+23

020

Unidade de crédito R\$

Lançamentos em aberto em 22/07/2020



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: ERALDO ALVES DE OLIVEIRA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 42A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 27/02/2020		DATA DE ALTA: 20/03/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos da Perna ESQUERDA</i>				CID S82	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM (X) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

*Paciente portador(a) de Fratura exposta dos Ossos da Perna DIREITA, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação Interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.*

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** ATB + aine + analgésico

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.  
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR. RODRIGO AMARAL)

20/03/2020

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI INSS EMPRESAS ESCOLAS MINISTÉRIO DO TRABALHO





# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

# PRF

PROTÓCOLO: Nº 20011364B01



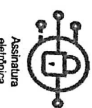
Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o site: [www.prf.gov.br/renovabat](http://www.prf.gov.br/renovabat) /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por JOSÉ CARLOS, matricula 106995, Policial Rodoviário Federal, em 02 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/renovabat/validar>, informando o protocolo 20011364B01 e o número de controle 729FF4CD98B9C503F45604E789F.

# 191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20011364B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 27/02/2020 Hora: 08:51 Município: JOAO PESSOA/PB  
BR: 230 KM: 18,2 Sentido: Decrescente  
Policial responsável pelo atendimento: JOSE CARLOS, 1069965

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 27/02/2020, por volta das 08 horas 51 minutos, no km 18,2 da BR- 230, em João Pessoa - PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão traseira, seguido de tombamento e queda de ocupante de veículo, com 01 vítima lesões graves. Os veículos envolvidos foram: Caminhonete I/M.Benz/Furgão (V1), e o Motocicleta Honda/NXR 160 Bros V2). Com base na análise dos vestígios identificados, (acidente presenciado pela equipe que encontrava-se no local) constatou-se que, V1 e V2 seguiam o fluxo no mesmo sentido, V1 transitava na faixa de rolamento da esquerda e V2 transitava entre as faixas de rolamento, quando houve uma interrupção de fluxo devido a uma colisão à frente (sem vítimas) na faixa da esquerda; V1 freou para evitar colisão; V2 contudo, não conseguiu frear à tempo, colidiu na traseira do V1, tombou e o condutor sofreu a queda em seguida. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi A REAÇÃO TARDIA EM FRENAR O VEÍCULO, por parte de V2. Observações: A velocidade máxima permitida para o local é 80 KM/H. A pista em boas condições de conservação e trafegabilidade, com sinalização horizontal e vertical. O condutor do V2 não é habilitado, foi socorrido e conduzido para o hospital de Traumas com lesão (fratura exposta no membro inferior esquerdo) pelo SAMU (USB 06, motorista Claudio e enfermeiro Danilo). Foram realizados os testes de etilômetro (testes números 4343 e 4344) nos condutores envolvidos que constatarem 0,00 MG/L. O condutor de V1 preencheu o Termo de declaração de envolvido (TDE), em anexo, porém o condutor de V2 não preencheu pois estava sendo



Documento assinado eletronicamente por JOSE CARLOS, matrícula 1069965, Policial Rodoviário Federal, em 02 /03/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20011364B01 e o número de controle 729FF4CD98B09C50F3F456049E7B9F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



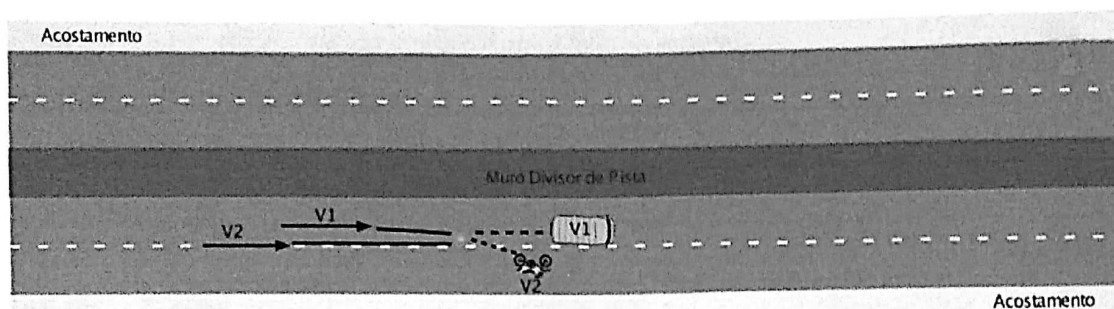
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20011364B01

submetido a atendimento pré - hospitalar. O V2 foi retido e encaminhado ao pátio da empresa contratada, pelo motivo de não ter responsável no local (condutor hospitalizado).

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



→ = Trajetória de V1 e V2  
— = Antes da colisão  
\* = Colisão

----- = Depois da colisão  
Velocidade máxima permitida 80 KM/h

← BAYEUX-PB

JOÃO PESSOA-PB →

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	V2, V1
2	Tombamento	V2
3	Queda de ocupante de veículo	V2

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
1	V1			
1	V2			
2	V2			
3	V2			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	27/02/2020 08:51	27/02/2020 08:59



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOSE CARLOS, matrícula 1069965, Policial Rodoviário Federal, em 02/03/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 20011364B01 e o número de controle 729FF4CD98B09C50F3F456049E7B9F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20011364B01

**V1 - VEÍCULO 1 - OYX4694 - CAMINHONETE**

**V1 - Informações**

Placa: OYX4694      Marca/modelo: I/M.BENZ 311CDISTREETF      Renavam: 01002999011  
Ano fabricação: 2014      Chassi: 8AC906633EE092173      Tipo de veículo: Caminhonete  
Espécie: Carga      Categoria: Aluguel      Cor: Branca  
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento  
Informações complementares: Veículo seguiu o fluxo na faixa da esquerda.

**V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES**



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOSE CARLOS, matrícula 1069965, Policial Rodoviário Federal, em 02/03/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20011364B01 e o número de controle 729FF4CD98B09C50F3F456049E7B9F.

**191**



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20011364B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / I/M.BENZ 311CDISTREETF

Placa: OYX4694

Nº BOAT: 20011364B01

Nome do Agente: JOSE CARLOS

Matrícula do Agente: 1069965

Data: 27/02/2020

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por JOSE CARLOS, matrícula 1069965, Policial Rodoviário Federal, em 02/03/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 20011364B01 e o número de controle 729FF4CD98B09C50F3F456049E7B9F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20011364B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL  
DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOSE CARLOS, matrícula 1069965, Policial Rodoviário Federal, em 02/03/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/innovat/autenticar>, informando o protocolo 20011364B01 e o número de controle 729FF4CD98B09C50F3F456049E7B9F.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20011364B01

**V1 - Proprietário**

Nome: FEDEX BRASIL LOGISTICA E TRANSPORTE SA  
Email:  
Endereço: RECIFE-PE

CPF/CNPJ: 10.970.887/0001-02  
Telefone:

**V1C - CONDUTOR DE V1 - SAMUEL MONTEIRO DE OLIVEIRA**

**V1C - Informações**

Nome: SAMUEL MONTEIRO DE OLIVEIRA  
CPF: 107.165.244-30  
Sexo: Masculino  
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 19/10/1993  
Estado civil: Não Informado  
Estado físico: Ileso

**V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria: AD  
UF: PB  
Observações CNH: 111715

Primeira habilitação: 03/02/2012  
Vencimento da habilitação: 23/09/2024

Nº Registro: 05415358987  
Motorista profissional: Não

**V1C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim  
Visíveis sinais de embriaguez: Não  
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V1C - Dados do Contato**

Endereço: RUA FLAVIO MAROJA, 285, JARDIM SAO SEVERINO, BAYEUX-PB  
Telefone: 83 999604283

Email: samuel\_file32@hotmail.com



Documento assinado eletronicamente por JOSE CARLOS, matrícula 1069965, Policial Rodoviário Federal, em 02/03/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20011364B01 e o número de controle 729FF4CD98B09C50F3F456049E7B9F.

**191**





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20011364B01

**V2 - VEÍCULO 2 - QFT0866 - MOTOCICLETA**

**V2 - Informações**

Placa: QFT0866      Marca/modelo: HONDA/NXR 160 BROS      Renavam: 01106110770  
Ano fabricação: 2016      Chassi: 9C2KD1000GR041208      Tipo de veículo: Motocicleta  
Espécie: Passageiro      Categoria: Particular      Cor: Preta  
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

**V2 - Encaminhamento**

Motivo: Ausência de responsável      Tipo de Receptor: Unidade PRF  
Informações complementares: Veículo encaminhado para pátio da Transguard.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOSE CARLOS, matrícula 1069965, Policial Rodoviário Federal, em 02/03/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20011364B01 e o número de controle 729FF4CD98B09C50F3F456049E7B9F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20011364B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/NXR 160 BROS

Placa: QFT0866

Nº BOAT: 20011364B01

Nome do Agente: JOSE CARLOS

Matrícula do Agente: 1069965

Data: 27/02/2020

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por JOSE CARLOS, matrícula 1069965, Policial Rodoviário Federal, em 02/03/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 20011364B01 e o número de controle 729FF4CD98B09C50F3F456049E7B9F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20011364B01

**V2 - Proprietário**

Nome: ERALDO ALVES DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 030.783.484-07

Email:

Telefone:

Endereço: JOAO PESSOA-PB

**V2C - CONDUTOR DE V2 - ERALDO ALVES DE OLIVEIRA**

**V2C - Informações**

Nome: ERALDO ALVES DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 26/10/1977

CPF: 030.783.484-07

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava capacete: Sim

**V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

**V2C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

Resultado obtido: 0,00 mg/l

**V2C - Dados do Contato**

Endereço: SERINGUEIRO CHICO MENDES B DAS, 485, BAIRRO DAS INDUSTRIAS, JOAO PESSOA-PB

Telefone: 83 988228029

Email:

**V2C - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: Socorrido para hospital de Traumas de João Pessoa, com fratura exposta do membro inferior esquerdo.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOSE CARLOS, matrícula 1069965, Policial Rodoviário Federal, em 02/03/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20011364B01 e o número de controle 729FF4CD98B09C50F3F456049E7B9F.

**191**

# 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:

030.783.484-07 **Geraldo Alves de Oliveira**

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

030.783.484-07  
Recuso R-Deputado Chico Mendes  
Indústrias João Pessoa PB 58083-160  
(83) 98663-4900

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:

Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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 (val 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Agencia : 02100 CRUZ DAS ANIMAS-UJP  
Conta : 0000000065000-5  
Nome : ERALDO ALVES DE OLIVEIRA  
Data : 02/04/2020  
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Fisica  
Tipo Conta : Conta Corrente  
Cesta de Servicos: CESTA EXPRESSO 4 -  
R\$ 27,70

Adesao ao Programa de Beneficios: S

NSU BANCO: 004436442574  
HORA : 14:28:40

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AUI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

030.783.484-07 **Orlando Alves de Oliveira**

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

**Orlando Alves de Oliveira**

030.783.484-07

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Distrito:

12 - Cidade:

13 - UF:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Telefone:

**Recuso**

**R- Rua Chico Mendes**

**Indústrias**

**João Pessoa**

**PB**

**58083-160**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 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\$1.000,00 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: **Bradesco**

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

autoriza 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 o valor, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro, ☐ Casado (no Civil), ☐ Divorçado, ☐ Separado judicialmente, ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo:

30 - Vítima deixou filhos nascidos (valores)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar o nome completo:

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 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

35 - Nome legível de quem assina a c/c do pedido

36 - CPF legível de quem assina a c/c do pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a c/c do pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

**João Pessoa - PB 08/04/2020**

**Orlando Alves de Oliveira**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# 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: 030.783.484-97 4 - Nome completo da vítima: Erivaldo Alves de Oliveira

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

5 - Nome completo: Erivaldo Alves de Oliveira 6 - CPF: 030.783.484-97  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Severina Chico Mendes 9 - Número: 483 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Industriais 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58083-160  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Telefone: (83) 98663-4900

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\$1.000,00 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: Bradesco

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 2108 3 CONTA: 0065000 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vol racter)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

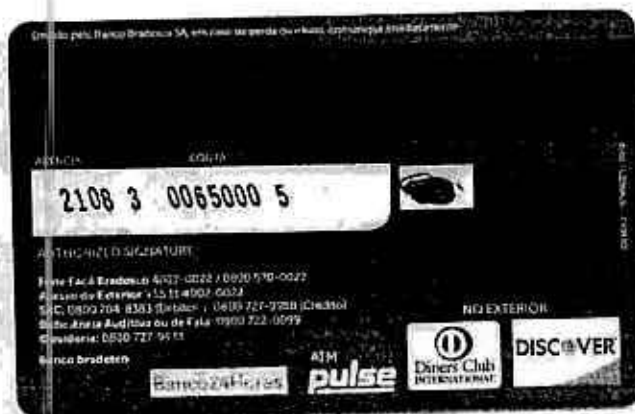
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 17/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



c/c

**Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200152161**

**Vítima: ERALDO ALVES DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 27/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ERALDO ALVES DE OLIVEIRA**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ERALDO ALVES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000002108-3**

Conta: **0000065000-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200152161                      Vítima: ERALDO ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/02/2020                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERALDO ALVES DE OLIVEIRA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

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.

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





---

**Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200152161**

**Vítima: ERALDO ALVES DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 27/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), ERALDO ALVES DE OLIVEIRA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



---

**Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200152161**

**Vítima: ERALDO ALVES DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 27/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ERALDO ALVES DE OLIVEIRA**

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

