

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: 00000065000-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO22062020050000000002370210800000065000236250 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/02/2020

Titular do CPF: ERALDO ALVES DE OLIVEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA 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](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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

ERALDO ALVES DE OLIVEIRA

---

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

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**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

---

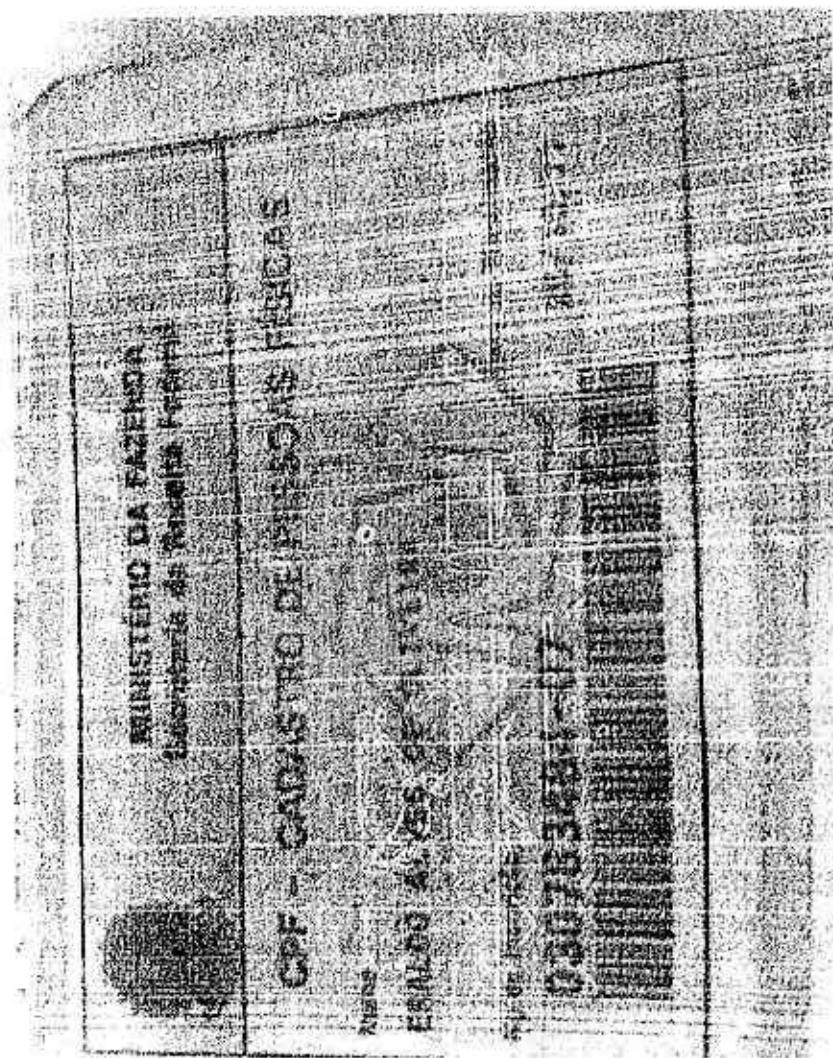
LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

關西機械 A MONTHLY MAGAZINE

LEADER OF THE PEOPLE

## Established at about

1970-1971 學年 第一學期



# 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 PERNAS 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## 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>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERAPÉUTICA 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, TERAPÉUTICA, 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.

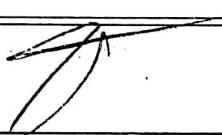
MEDICAÇÕES PARA CASA: *ATB + áine + analgésico*

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 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 <i>S82</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERAPÉUTICA 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, TERAPÉUTICA, 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 medicacão 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.

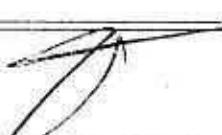
MEDICAÇÕES PARA CASA: *ATB + áine + analgésico*

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



00000000000000000000000000000000

PC -00

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

Possível: 23/02/2020  
Vencimento: 03/03/2020  
Enviado: 22/02/2020  
Fechamento da fatura: 22/02/2020

20220

ALDO ALVES DE OLIVEIRA  
93.XXXX.XXXX.2398

Você só pode chegar em casa? Mude agora pelo e-Fatura!

### Resumo da fatura

Total da fatura: R\$ 459,40

Pagamento mínimo da fatura: R\$ 100,00

● Saldo da fatura

● Impostos (IPI, PIS, COFINS e contribuições)

● Lançamentos futuros

● Total desta fatura

Mercadorias: R\$ 459,40

A) pagamento total

459,40

B) pagamento minímo

100,00

120

423

... da crédito R\$



## 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>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERAPÉUTICA 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, TERAPÉUTICA, 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.

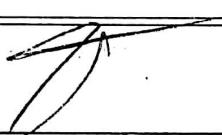
MEDICAÇÕES PARA CASA: *ATB + áine + analgésico*

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



# PRF

## BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: N° 20011364B01



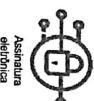
Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat)  
/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.dpvaseguro.com.br](http://www.dpvaseguro.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.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOSE CARLOS, ministrado 1697965, Pólo da Rodovia Federal, em 02/03/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória N° 2.202-2, de 21 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/portal/autentica>, informando o protocolo 20011364B01 e o número de controle 729FF1CD98B9C0F3F45604E7B9F.

191



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL**



**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 20011364B01**

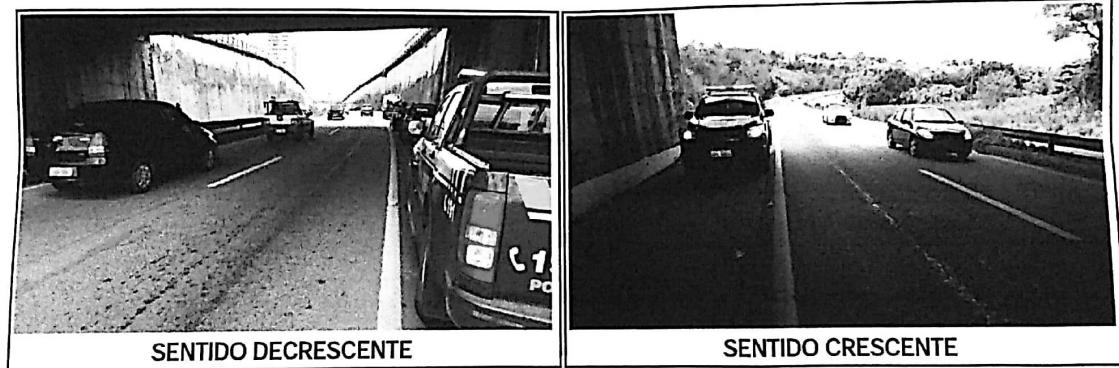
## INFORMAÇÕES GERAIS

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	Condicão da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condicão meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

## IMAGENS PANORÂMICAS



## 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 constataram 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



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



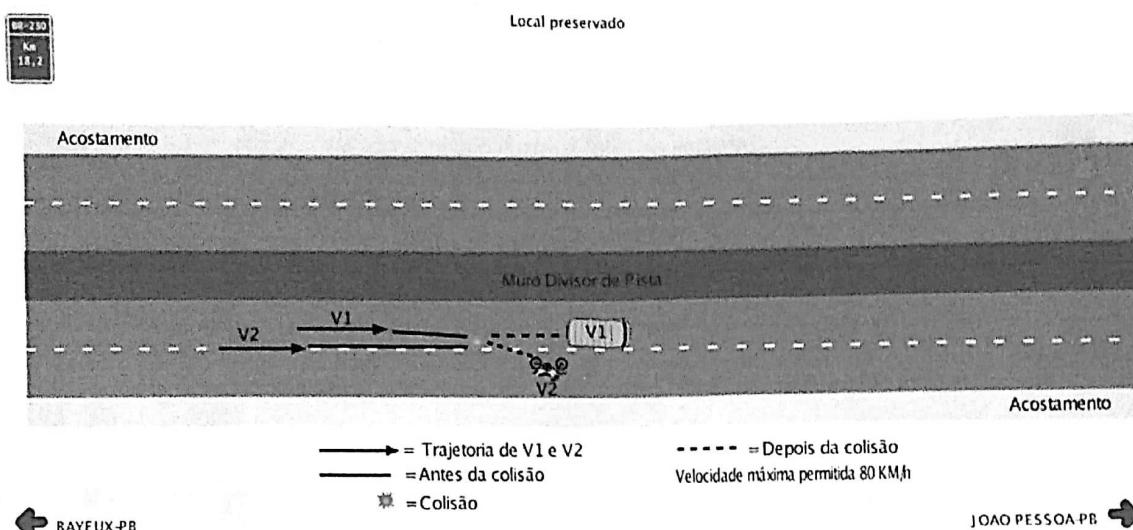
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 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**



**AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA**

**EVENTOS SUCESSIVOS**

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traselra	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



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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/hovobat/autenticar>, informando o protocolo 20011364B01 e o número de controle 729FF4CD98B09C50F3F456049E7B9F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



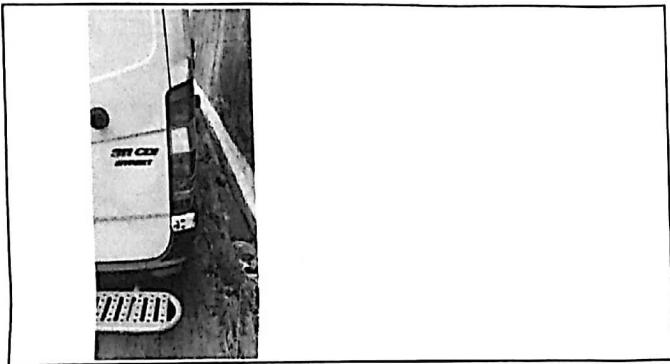
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 20011364B01

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

**V1 - Informações**

Placa: OYX4694 Marca/modelo: I/M.BENZ 311CDISTREETF  
Ano fabricação: 2014 Chassi: 8AC906633EE092173  
Espécie: Carga Categoria: Aluguel  
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento  
Informações complementares: Veículo seguia 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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 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  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 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



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  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 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/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20011364B01 e o número de controle 729FF4CD98B09C50F3F456049E7B9F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 20011364B01

---

**V1 - Proprietário**

Nome: FEDEX BRASIL LOGISTICA E TRANSPORTE SA CPF/CNPJ: 10.970.887/0001-02  
Email: Telefone:  
Endereço: RECIFE-PE

---

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

**V1C - Informações**

Nome: SAMUEL MONTEIRO DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 19/10/1993  
CPF: 107.165.244-30 Estado civil: Não Informado  
Sexo: Masculino Estado físico: Ileso  
Usava cinto de segurança: Sim

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

Categoria: AD Primeira habilitação: 03/02/2012 Nº Registro: 05415358987  
UF: PB Vencimento da habilitação: 23/09/2024 Motorista profissional: Não  
Observações CNH: 111715

**V1C - 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

**V1C - Dados do Contato**

Endereço: RUA FLAVIO MAROJA, 285, JARDIM SAO SEVERINO, BAYEUX-PB  
Telefone: 83 999604283 Email: samuel\_file32@hotmail.com



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  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO Nº 20011364B01

V1C - Termo de Declaração de Envolvido

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
EMERGÊNCIA 191

TDE

1. DECLARAÇÃO DE ENTRADA DE DECLARANTE

Nome: José Carlos da Cunha  
Nº de protocolo: 1069965  
Data: 02/03/2020  
Assinatura: José Carlos da Cunha  
Número de telefone: 1069965

AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE DOCUMENTO SÃO DE inteira RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.  
A inserção de informações falsas constitui crime, art. 291 e 293 do CP.

Declaro que tenho uma pequena culca adentro meu  
que sempre sumiu e é incômodo. Com veículos estacionados  
e estacionei minha lata e estava lá dentro.  
Até ontem não havia visto.

Assinatura: José Carlos da Cunha  
Data: 02/03/2020  
Número de protocolo: 1069965



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.

C 191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 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 729FF4CD98BB09C50F3F456049E7B9F.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTÓCOLO N° 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

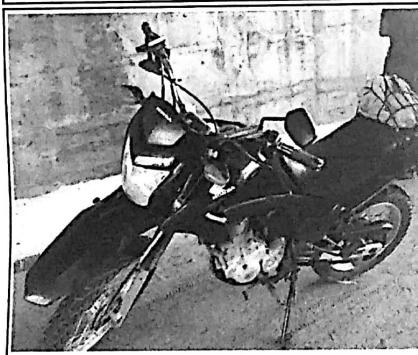


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



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  
PROTÓCOLO N° 20011364B01

**V2 - Proprietário**

Nome: ERALDO ALVES DE OLIVEIRA  
Email:  
Endereço: JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ: 030.783.484-07  
Telefone:

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

**V2C - Informações**

Nome: ERALDO ALVES DE OLIVEIRA  
CPF: 030.783.484-07  
Sexo: Masculino  
Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 26/10/1977  
Estado civil: Casado(a)  
Estado físico: Lesões Graves

**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.



Documento assinado eletronicamente por JOSE CARLOS, matrícula 1049965, Policial Rodoviário Federal, em 02/03/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/hovobat/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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

030.783.484-07 Eraldo Alves de Oliveira

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

5 - Nome completo: **Eraldo Alves de Oliveira** 6 - CPF: **030.783.484-07**  
 7 - Profissão: **Recurso** 8 - Endereço: **R. Serung Chico Mendes 485** 9 - Número: **485** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **Indústrias João Pessoa** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58083-160**  
 15 - E-mail: **(83)98663-4900** 16 - Tel.(DDO):

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAÍS, 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: **0210**

CONTA: **65 000**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0210** CONTA: **65 000**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, se 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  Sim  Não 29 - Se tiver filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
 Vivos: **Falecidos** Vivos: **Falecidos** Vivos: **Falecidos** Vivos: **Falecidos**

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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

38 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

**João Pessoa - PB 08/04/2020**

**Eraldo Alves de Oliveira**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Agencia : 82100-CRUZ DAS ALMAS-UJP  
Conta : 0800000005000-5  
Nome : ERALDO ALVES DE OLIVEIRA  
Data : 02/04/2020  
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Física

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:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou AUL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

030.783.484-07 *Eraldo Alves de Oliveira*

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

*Eraldo Alves de Oliveira*

030.783.484-07

recurso

R. Serung Chico Mendes

485

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - UF:

14 - CEP:

*Industriais*

*João Pessoa*

58083-160

15 - E-mail:

(83) 98663-2900

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declare, 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

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: *0210*

CONTA: *65 000 5*

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:  Solteiro,  Casado (no Civil),  Divorciado,  Separado Judicialmente,  Vôvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vizinhos de desou/acompanheiro(a):  sim  Não

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

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tiver filhos: Informar

Vivos: *Falecidos*

30 - Vítima desou/nascitro (velhice)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: *Falecidos*

33 - Vítima deixou pais/vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provziem 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

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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:

Eraldo Alves de Oliveira

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:
7 - Profissão:	8 - Endereço:
9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:
13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Telefone (DDI): (83) 98663-4900

*Eraldo Alves de Oliveira 030.783.484-97  
Recurso R. Severino Chico Mendes 183  
Industriais João Pessoa PB 58083-360  
N.F. Telefones: (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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

[Informar o dígito se existir]

[Informar o dígito se existir]

AGÊNCIA:

3

CONTA: 0065000 5

[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.

## 12 - 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasceu (voz baixa):  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 17/06/2020  
Eraldo Alves de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

