

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

Nº Sinistro: 3180307041

Vitima: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 17/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180307041**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO DE OLIVEIRA SILVA**

Nº Sinistro: **3180307041**

Vitima: **RICARDO DE OLIVEIRA SILVA**

Data do Acidente: **17/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180307041**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO DE OLIVEIRA SILVA**

Nº Sinistro: **3180307041**

Vitima: **RICARDO DE OLIVEIRA SILVA**

Data do Acidente: **17/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180307041**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

Sinistro: 3180307041

Vítima: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 17/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180307041** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

Nº Sinistro: 3180307041

Vítima: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 17/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180307041**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **17/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

Nº Sinistro: 3180565938

Vítima: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 17/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180565938**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

Sinistro: 3180565938

Vítima: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 17/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180565938** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565938 **Vítima: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA**

Data do Acidente: 17/04/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 0000097997-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180307041**

Nome do(a) Examinado(a): **RICARDO DE OLIVEIRA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA BERNA nº 540 - CUITÉS - CAMPINA GRANDE/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2439327 - SSP**

Data e local do acidente: **17/04/2018 CAMPINA GRANDE/PB**

Data e local do exame: **26/11/2018 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR UMA MOTO ,NO DIA 17/04/2018, SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE – PB, PELO SAMU, APÓS AVALIAÇÃO , POR MEIO DE EXAMES DE IMAGEM E EXAME CLINICO ,CONSTATOU FRATURA COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS ,MEDICAMENTO E FISIOTERAPIA.RECEBEU ALTA MÉDICA

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEM DÉFICIT MOTOR NO TORNOZELO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR- SEM DÉFICIT FUNCIONAL -

Médico Perito: GIOVANNY RONCALLY COSTA VASCONCELOS CRM:8215/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180565938**

Nome do(a) Examinado(a): **RICARDO DE OLIVEIRA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA BERNA nº 540 - CUITÉS - CAMPINA GRANDE/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2439327 - SSP**

Data e local do acidente: **17/04/2018 CAMPINA GRANDE/PB**

Data e local do exame: **10/12/2018 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO-MALEOLO LATERAL

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR UMA MOTO ,NO DIA 17/04/2018, SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE – PB, PELO SAMU, APÓS AVALIAÇÃO , POR MEIO DE EXAMES DE IMAGEM E EXAME CLINICO ,CONSTATOU FRATURA COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACAS E PARAFUSOS ,MEDICAMENTO E FISIOTERAPIA.RECEBENDO ALTA HOSPITALAR NO DIA 27/04/2018.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE CERCA DE 14 CM EM REGIÃO LATERAL E 9 CM EM REGIÃO MEDIAL DA Perna ESQUERDA.APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXOEXTENSÃO DO TORNOZELO;

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO ESQUERDO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: GIOVANNY RONCALLY COSTA VASCONCELOS CRM:8215/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

031.913.294-39

Nome completo da vítima

Ricardo de Oliveira Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ricardo de Oliveira Silva		CPF titular da conta 031.913.294-39	Profissão Recurso
Endereço Av: Berna,		Número 590	Complemento esq.
Bairro Buiútes	Cidade Campinas	Estado SP	CEP 138.904-873
Email		Telefone (DDD) 9.8769.6065	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

0737-013

D/V

CONTA
NRO.

97997

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ricardo de Oliveira Silva de 04 de Julho de 2018
Local e Data

Ricardo de Oliveira Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

0737 013 97997-9

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações,
sugestões e elogios.

Atendimento a pessoas
com deficiência auditiva

Ouvidoria

37158 v004


COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

031.913.294-39

Nome completo da vítima

Ricardo de Oliveira Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ricardo de Oliveira Silva		CPF titular da conta 031.913.294-39	Profissão Recurso
Endereço Av: Berna,		Número 590	Complemento esq.
Bairro Buiútes	Cidade Campinas	Estado SP	CEP 138.904-873
Email		Telefone (DDD) 9.8769.6065	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.
0737-013

D/V

CONTA

NRO.
97997

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA	NRO.	D/V	COMPRA CONTA	NRO.

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ricardo de Oliveira Silva
Local e Data

Ricardo de Oliveira Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

0737 013 97997-9

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações,
sugestões e elogios.

Atendimento a pessoas
com deficiência auditiva

Ouvidoria

37158 v004


COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 093 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: LYNDON JOHNSON ARAÚJO				Posto/Graduação: 3º SGT/PM		
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA EPITÁCIO PESSOA EM FRENTE AO PETRÔNIO ESCAPE			Hora 11:00	Bairro CENTRO		Município CAMPINA GRANDE	UF PB
Data/Ocorrência 17/04/2018	Dia da Semana TERÇA	C/S Vítima (QT) COM (01)	Natureza do Acidente ATROPELAMENTO		Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA/SECA	Tempo BOM
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 MOTOCICLETA + 01 PEDESTRE			Controle do Trânsito no Local: REGRA DE CIRCULAÇÃO E CONDUTA				
CONDUTOR 01							
Nome: RANIÈRE LEAL SILVA				Sexo MASCULINO	Nascimento 01/03/1982	RG 2461720	
Endereço: RUA MANOEL RAIMUNDO DE SOUZA, Nº 458, SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB							
1ª Habilidaçāo 27/01/2009	Categoría AB	Registro CNH 04557866077	UF PB	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 07/11/2018	Usava Cinto	Usava Capacete SIM
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO			Destino do Condutor OUTROS				
VEÍCULO 01							
Marcā HONDA	Espécie MOTOCICLETA		Placa QFX-5249	Categoría PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE		UF PB
Nome do Proprietário: SEVERINO DO RAMO DE MELO							
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013748173201			Renavam 0107214824-0		Data da Emissão 03/10/2017	
Avarias: SEM AVARIAS							
VERSÃO DO CONDUTOR 01							
Declarou que trafegava de forma moderada no lado esquerdo da Rua Epitacio Pessoa no sentido Centro/Bairro e que o senhor atravessou a rua entre os veículos atingindo a lateral de sua motocicleta.							

VITIMA 01

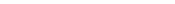
Nome: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA	Sexo MASCULINO	Nascimento 06/02/1979
Endereço: RUA BERNA, Nº 540, CUITÉS, CAMPINA GRANDE/PB		
Viajava no Veículo Nº	Usava Cinto	Usava Capacete
Condição da Vítima: () Condutor () Passageiro (X) Pedestre	Conduzida Para HOSPITAL DE TRAUMA	

CONSTATADO

De acordo com a disposição do veículo e declaração do condutor ficou constatado que o fato se deu na Rua Epitácio Pessoa, no centro da cidade, em oposto à loja Petrônio Escape e que o V1 Honda CG de placa QFX-5249/PB trafegava na citada rua, no sentido Centro/Bairro e o pedestre realizava a travessia na mesma via, no sentido Calçada/Petrônio Escape, quando pela falta de ~~COMPREV PREV~~ por parte de um dos envolvidos no atropelamento acima telados, aconteceu o sinistro.

Segue croqui anexo.

Campina Grande – PB, 07 de Maio de 2018.


Lívia Vitorino

Responsável pelo Levantamento

que o fato se deu na Rua Epitácio Pessoa, no centro
segava na citada rua. No sentido Centro/Bairro e o pede
a falta de **COMPREV** PREVIDÊNCIA S/A
Por intermédio de um dos envolvidos

04 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 093/ 2018

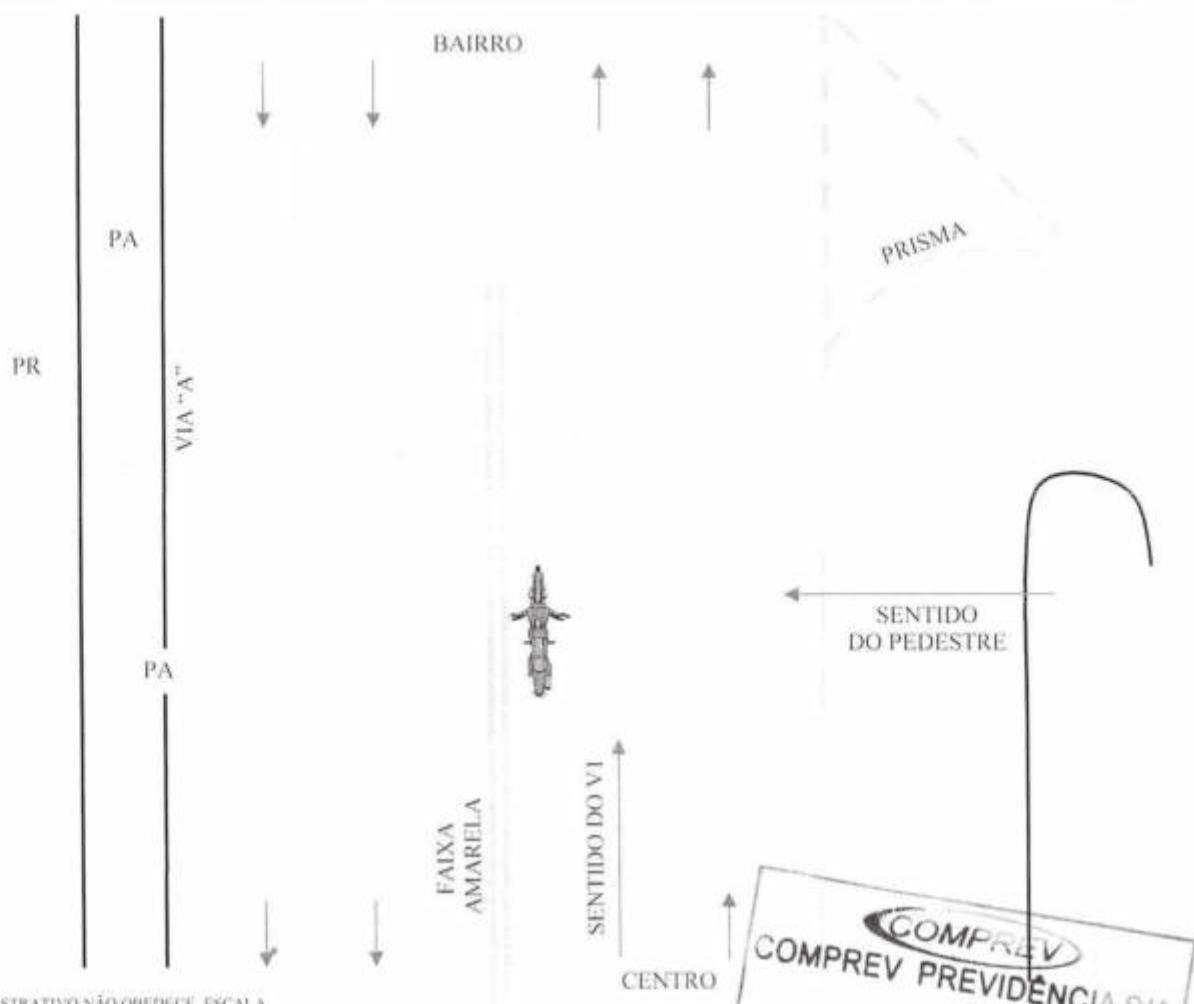
AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Epitácio Pessoa - 14,00 metros

PR (Ponto de Referência): Petrônio Scappe

PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio / Poste de Iluminação Pública

VI (Veículo 01) Eixo Dianteiro 13,30 e Eixo Traseiro 06,60 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDIÊCE ESCALA



VI

SGT PM Lyndon Johnson Araújo
Responsável pelo Levantamento



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT N° 093 /2018

DANOS NO VI

Marca/Modelo:
HONDA

Placa:
QFX-5249/PB

Responsável pelo Preenchimento:
SGT JONHSON

Data:
17/04/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		X				Total Geral (Sim + NA) 00		

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA

Campina Grande - PB. 07 de Maio de 2018.

Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº093/2018

FOTOS DO V1



3º SGT PM LYNDON JOHNSON AKAUJO
Responsável pelo levantamento

04 JUL. 2018
COMPREV PREVIDÊNCIA
AG. JOAQUIM PESSOA
PROTÓCOLO
PESSOA





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 093 - 2018		Responsável pelo Levantamento do Acidente: LYNDON JOHNSON ARAÚJO				Posto/Graduação: 3º SGT/PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA EPITÁCIO PESSOA EM FRENTE AO PETRÔNIO ESCAPE			Hora 11:00	Bairro CENTRO		Município CAMPINA GRANDE	UF PB
Data/Ocorrência 17/04/2018	Dia da Semana TERÇA	C/S Vítima (QT) COM (01)	Natureza do Acidente ATROPELAMENTO		Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA/SECA	Tempo BOM
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 MOTOCICLETA + 01 PEDESTRE			Controle do Trânsito no Local: REGRA DE CIRCULAÇÃO E CONDUTA				
CONDUTOR 01							
Nome: RANIÈRE LEAL SILVA				Sexo MASCULINO	Nascimento 01/03/1982	RG 2461720	
Endereço: RUA MANOEL RAIMUNDO DE SOUZA, Nº 458, SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB							
1ª Habilidaçāo 27/01/2009	Categoría AB	Registro CNH 04557866077	UF PB	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 07/11/2018	Usava Cinto	Usava Capacete SIM
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO			Destino do Condutor OUTROS				
VEÍCULO 01							
Marcā HONDA	Espécie MOTOCICLETA		Placa QFX-5249	Categoría PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE		UF PB
Nome do Proprietário: SEVERINO DO RAMO DE MELO							
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013748173201			Renavam 0107214824-0		Data da Emissão 03/10/2017	
Avarias: SEM AVARIAS							
VERSÃO DO CONDUTOR 01							
Declarou que trafegava de forma moderada no lado esquerdo da Rua Epitacio Pessoa no sentido Centro/Bairro e que o senhor atravessou a rua entre os veículos atingindo a lateral de sua motocicleta.							

VITIMA 01

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA	Sexo MASCULINO	Nascimento 06/02/1979
Endereço: RUA BERNA, N° 540, CUITÉS, CAMPINA GRANDE/PB		
Viajava no Veículo N°	Usava Cinto	Usava Capacete
Condição da Vítima: () Condutor () Passageiro (X) Pedestre	Conduzida Para HOSPITAL DE TRAUMA	

CONSTATADO

De acordo com a disposição do veículo e declaração do condutor ficou constatado que o fato se deu na Rua Epitácio Pessoa, no centro da cidade, em oposto à loja Petrônio Escape e que o V1 Honda CG de placa QFX-5249/PB trafegava na citada rua, no sentido Centro/Bairro e o pedestre realizava a travessia na mesma via, no sentido Calçada/Petrônio Escape, quando pela falta de **COMPREV PREV** por parte de um dos envolvidos no atropelamento acima telados, aconteceu o sinistro.

Segue croqui anexo.

Campina Grande – PB, 07 de Maio de 2018.

Lynei Soberay
Responsável pelo Levantamento

Responsável pelo Levantamento

que o fato se deu na Rua Epitácio Pessoa, no centro
segava na citada rua. No sentido Centro/Bairro e o pede
a falta de **COMPREV** PREVIDÊNCIA S/A
Por intermédio de um dos envolvidos

04 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 093/ 2018

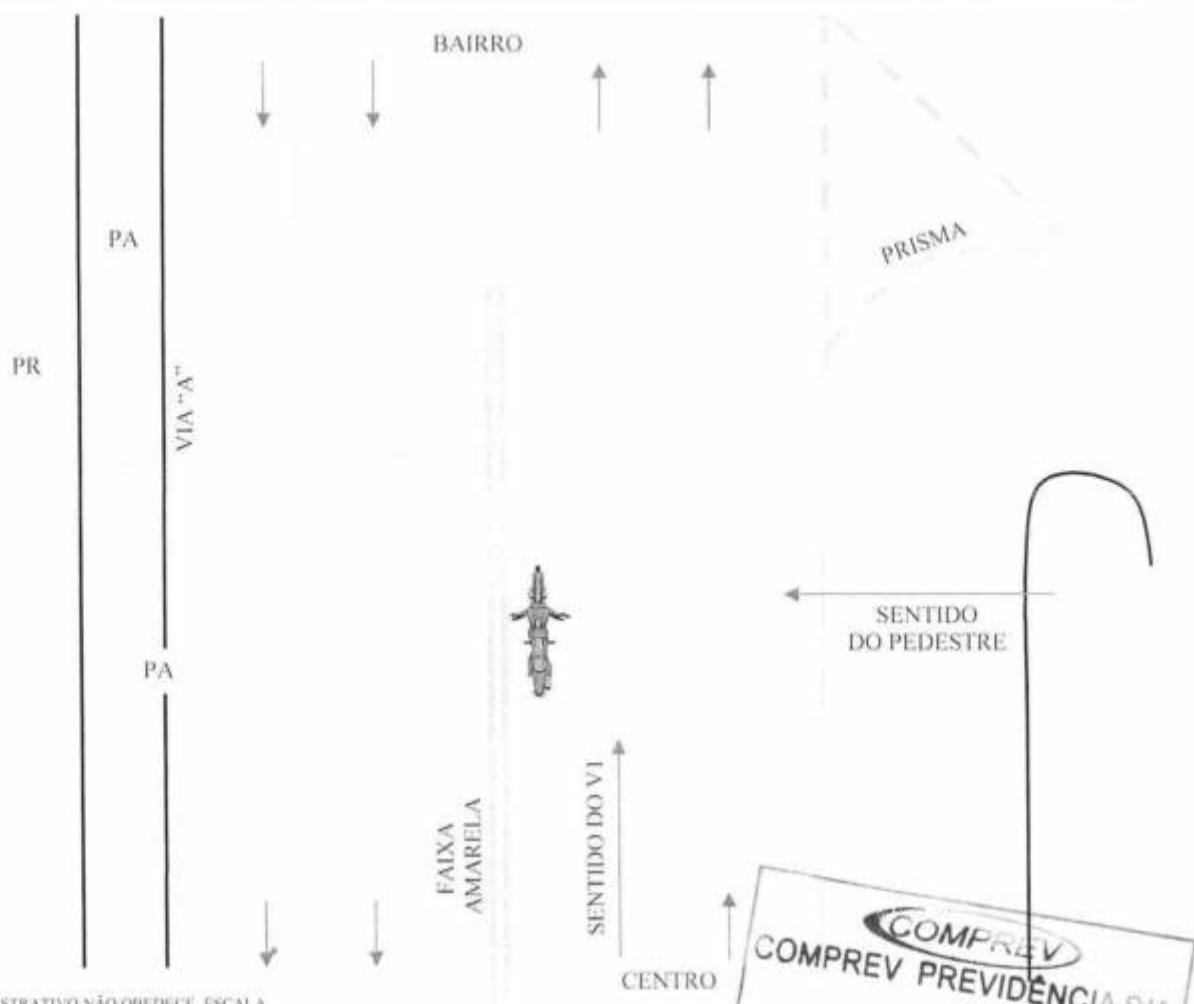
AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Epitácio Pessoa - 14,00 metros

PR (Ponto de Referência): Petrônio Scappe

PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio / Poste de Iluminação Pública

VI (Veículo 01) Eixo Dianteiro 13,30 e Eixo Traseiro 06,60 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDIÊCE ESCALA



VI

SGT PM Lyndon Johnson Araújo
Responsável pelo Levantamento



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT N° 093 /2018

DANOS NO VI

Marca/Modelo:
HONDA

Placa:
QFX-5249/PB

Responsável pelo Preenchimento:
SGT JONHSON

Data:
17/04/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		X				Total Geral (Sim + NA) 00		

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

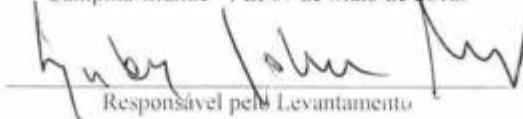
AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA

Campina Grande - PB. 07 de Maio de 2018.


Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº093/2018

FOTOS DO V1



3º SGT PM LYNDON JOHNSON AKAUJO
Responsável pelo levantamento

04 JUL. 2018
AG. JOAQUIM
PROTÓCOLO
PESSOA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (800) 022.1204 ou (093) 3422.1204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima: **Ricardo Soeiro Silva** CPF da Vítima: **03191329439** Data de Acidente: **17/04/2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone: (093) 3422.1204

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 60 (sessenta) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a certificação de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que este declarativo permita a prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à agência médica da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, nascidas fins de fato de art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa previsão, concordado ou prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Ricardo Soeiro Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (800) 022.1204 ou (093) 3422.1204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima CPF da Vítima Data de Acidente
Ricardo Soeiro Silva 03191329439 17/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDI)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 60 (sessenta) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a certificação de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que este declarativo permita a prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à agência médica da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, nascidas fins de fato de art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa previsão, concordado ou prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Ricardo Soeiro Silva

de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 093 - 2018		Responsável pelo Levantamento do Acidente: LYNDON JOHNSON ARAÚJO				Posto/Graduação: 3º SGT/PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA EPITÁCIO PESSOA EM FRENTE AO PETRÔNIO ESCAPE			Hora 11:00	Bairro CENTRO		Município CAMPINA GRANDE	UF PB
Data/Ocorrência 17/04/2018	Dia da Semana TERÇA	C/S Vítima (QT) COM (01)	Natureza do Acidente ATROPELAMENTO		Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA/SECA	Tempo BOM
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 MOTOCICLETA + 01 PEDESTRE			Controle do Trânsito no Local: REGRA DE CIRCULAÇÃO E CONDUTA				
CONDUTOR 01							
Nome: RANIÈRE LEAL SILVA				Sexo MASCULINO	Nascimento 01/03/1982	RG 2461720	
Endereço: RUA MANOEL RAIMUNDO DE SOUZA, Nº 458, SANTA ROSA, CAMPINA GRANDE/PB							
1ª Habilidaçao 27/01/2009	Categoría AB	Registro CNH 04557866077	UF PB	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 07/11/2018	Usava Cinto	Usava Capacete SIM
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO			Destino do Condutor OUTROS				
VEÍCULO 01							
Marcas HONDA	Espécie MOTOCICLETA	Placa QFX-5249	Categoria PARTICULAR		Município CAMPINA GRANDE	UF PB	
Nome do Proprietário: SEVERINO DO RAMO DE MELO							
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013748173201		Renavam 0107214824-0			Data da Emissão 03/10/2017	
Avarias: SEM AVARIAS							
VERSÃO DO CONDUTOR 01							
Declarou que trafegava de forma moderada no lado esquerdo da Rua Epitácio Pessoa no sentido Centro/Bairro e que o senhor atravessou a rua entre os veículos atingindo a lateral de sua motocicleta.							

VITIMA 01

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA	Sexo MASCULINO	Nascimento 06/02/1979
Endereço: RUA BERNA, N° 540, CUITÉS, CAMPINA GRANDE/PB		
Viajava no Veículo N°	Usava Cinto	Usava Capacete
Condição da Vítima: () Condutor () Passageiro (X) Pedestre	Conduzida Para HOSPITAL DE TRAUMA	

CONSTATADO

De acordo com a disposição do veículo e declaração do condutor ficou constatado que o fato se deu na Rua Epitácio Pessoa, no centro da cidade, em oposto à loja Petrônio Escape e que o V1 Honda CG de placa QFX-5249/PB trafegava na citada rua, no sentido Centro/Bairro e o pedestre realizava a travessia na mesma via, no sentido Calçada/Petrônio Escape, quando pela falta de ~~COMPREV PREV~~ por parte de um dos envolvidos no atropelamento acima telados, aconteceu o sinistro.

Segue croqui anexo.

Campina Grande – PB, 07 de Maio de 2018.


Responsável pelo Levantamento

Responsável pelo Levantamento

o que o fato se deu na-Rua Epitácio Pessoa, no centro
segava na citada rua. No sentido Centro/Bairro e o pede
a falta de **COMPREV** PREVIDÊNCIA S/A
COMARCA Por intermédio de um dos envolvidos

04 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

2018.





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 093/ 2018

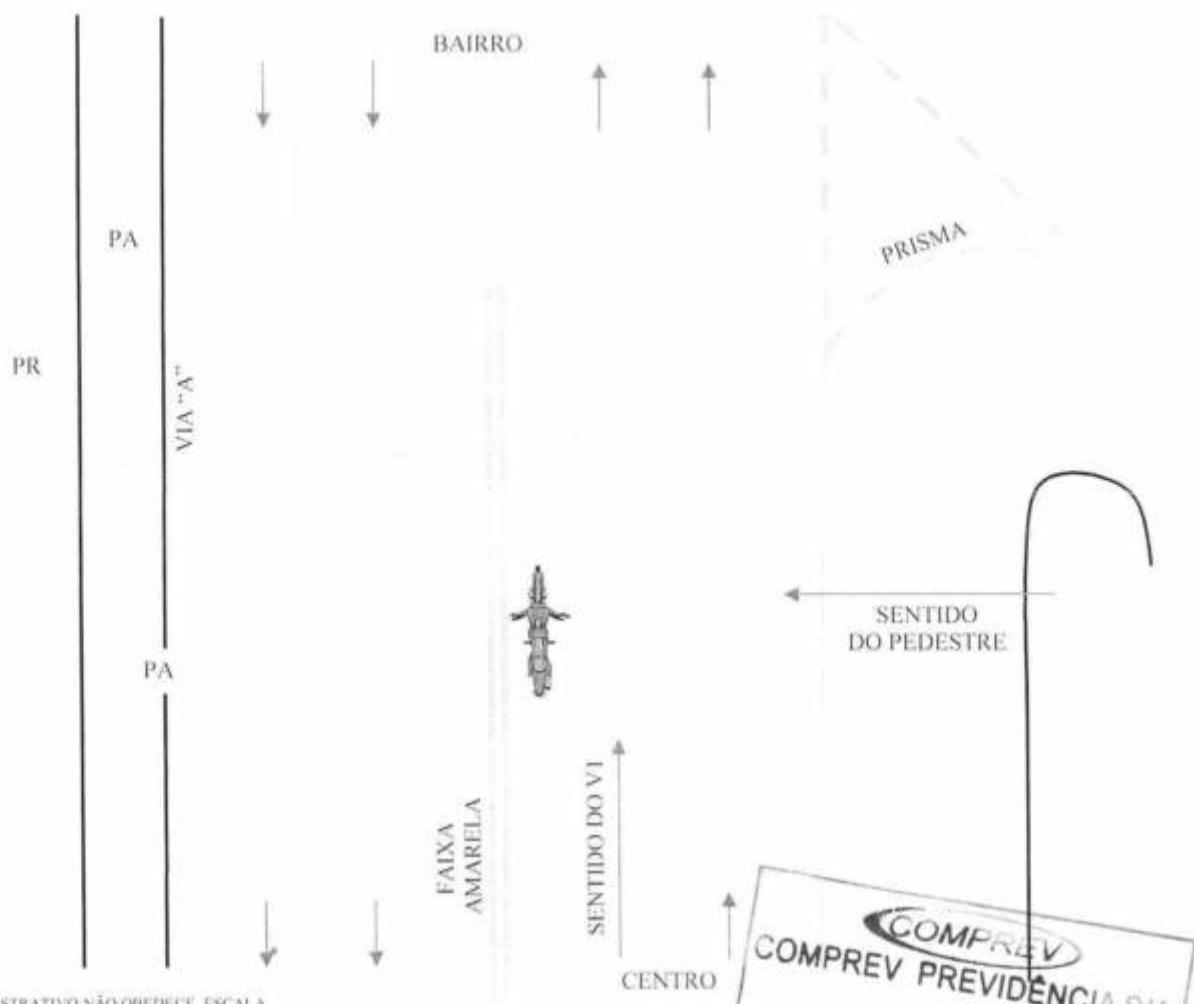
AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Epitácio Pessoa - 14,00 metros

PR (Ponto de Referência): Petrônio Scappe

PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio / Poste de Iluminação Pública

VI (Veículo 01) Eixo Dianteiro 13,30 e Eixo Traseiro 06,60 metros para (PA)



AVARIAS



VI

04 JUL. 2018
COMPREV
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SGT PM Lyndon Johnson Araújo
Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT N° 093 /2018

DANOS NO VI

Marca/Modelo:
HONDA

Placa:
QFX-5249/PB

Responsável pelo Preenchimento:
SGT JONHSON

Data:
17/04/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA) 00				

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA

Campina Grande - PB. 07 de Maio de 2018.

Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº093/2018

FOTOS DO V1



3º SGT PM LYNDON JOHNSON AKAUJO
Responsável pelo levantamento

04 JUL. 2018
COMPREV PREVIDÊNCIA
AG. JOAQUIM PESSOA
PROTÓCOLO
PESSOA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 00000097997-9

Nr. da Autenticação F013B846A3CF0B43





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180307041 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180307041 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180307041 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: SEM DÉFICIT MOTOR NO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR UMA MOTO, NO DIA 17/04/2018, SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB, PELO SAMU, APÓS AVALIAÇÃO, POR MEIO DE EXAMES DE IMAGEM E EXAME CLINICO, CONSTATOU FRATURA COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, MEDICAMENTO E FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA MÉDICA. SEM DÉFICIT MOTOR NO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 26/11/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR, SEM DÉFICIT FUNCIONAL.

Médico examinador: GIOVANNY RONCALLY COSTA VASCONCELOS

CRM do médico: 8215

UF do CRM do médico: PB

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

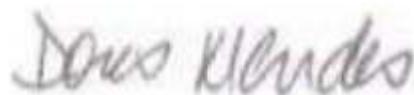
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241010/18

Número do Sinistro: 3180307041

Vítima: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 031.913.294-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/04/2018

Titular do CPF: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/11/2018
Nome: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA
CPF: 031.913.294-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435091/18

Vítima: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 031.913.294-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/04/2018

Titular do CPF: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

RICARDO DE OLIVEIRA SILVA : 031.913.294-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2018
Nome: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA
CPF: 031.913.294-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

RICARDO DE OLIVEIRA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565938 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO-MALEOLO LATERAL.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VITIMA DE ATROPELAMENTO POR UMA MOTO ,NO DIA 17/04/2018, SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE - PB, PELO SAMU, APÓS AVALIAÇÃO , POR MEIO DE EXAMES DE IMAGEM E EXAME CLÍNICO ,CONSTATOU FRATURA COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACAS E PARAFUSOS ,MEDICAMENTO E FISIOTERAPIA.RECEBENDO ALTA HOSPITALAR NO DIA 27/04/2018. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE CERCA DE 14 CM EM REGIÃO LATERAL E 9 CM EM REGIÃO MEDIAL DA Perna ESQUERDA. APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXOEXTENSÃO DO TORNOZELO;

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/12/2018

Conduta mantida:

Observações: * REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: GIOVANNY RONCALLY COSTA VASCONCELOS

CRM do médico: 8215

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

