



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**CAPELA DA COMARCA DE CAPELA**  
**Rod. Manoel Dantas, Bairro Centro, Capela/SE, CEP 49700000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202062000549	Distribuição: 03/04/2020
Número Único: 0000543-87.2020.8.25.0015	Competência: Capela
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**Assuntos**

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: ANDERSON ARISTIDES SANTOS  
Endereço: POVOADO PIRUNGA  
Complemento: ZONA RURAL  
Bairro: ZONA RURAL  
Cidade: CAPELA - Estado: SE - CEP: 49700000  
Requerente: Advogado(a): THAYLA JAMILLE PAES VILA 1193/A/SE  
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT  
Endereço: RUA DA ASSEMBLEIA  
Complemento: 23º ANDAR  
Bairro: CENTRO  
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20011904  
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**CAPELA DA COMARCA DE CAPELA**  
**Rod. Manoel Dantas, Bairro Centro, Capela/SE, CEP 49700000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

CAPELA DA COMARCA DE CAPELA  
Rod. Manoel Dantas, Bairro Centro, Capela/SE, CEP 49700000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202062000549

**DATA:**

22/06/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200622130902654 às 13:09 em 22/06/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# 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: 27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02215

CONTA: 000000029892-8

---

Nr. da Autenticação 35D69125F88A9CA3

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200048489 **Cidade:** Rosário do Catete **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON ARISTIDES SANTOS **Data do acidente:** 12/04/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO A ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+++/+5), PRESENÇA DE TUMORAÇÃO NA FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO E 1ª ARTICULAÇÃO METACARPO FALANGEANA (CALO ÓSSEO), DOR CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NO 1º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO 1º QUIRODÁCTILO E DA CAPACIDADE DE PINÇAMENTO DO 1º QUIRODÁCTILO.

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO DEDO POLEGAR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 14/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25







## RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: Anderson Aristides Santos  
DATA DA ENTRADA: 16/04/19  
DATA DA SAÍDA: 16/04/19

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA ( ) UTI ( )

### HISTÓRICO CLÍNICO:

Doi na mão esquerda e dorciúla direita após trauma há 4 dias. Foi avaliada pelo ortopedista que solicitou Radiografias de ambas as mãos constatando fratura de falange proximal esquerda do polegar. Foi instituído como conduta tala no polegar esquerda.

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

### EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografia mão esquerda AP + Oblíquo  
Radiografia da dorciúla direita AP

### MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Luiz Carlos Lopes (Ortopedista)

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO ☒ TRANSFERIDO ( ) ÓBITO ( )

ARACAJU, 25 de 06 de 2019

Dr. Nilson Eros  
Clínica Médica  
CRM 3512

Nilson dos Santos Eros

## NÚCLEO DE VIGILÂNCIA

EPIDEMIOLÓGICA

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES DE SOUZA

DATA DE INÍCIO:      /      /     

No. DO BE: 1893287

DATA: 16/04/2019

HORA: 12:30

USUARIO: FREDOLIVEIR

CNS:

SETOR: 05-ORTOPEDIA

NOME : ANDERSON ARISTIDES SANTOS

IDADE.....: 33 ANOS NASC: 14/12/1985

ENDERECO.....: POVOADO PIRUNGA

COMPLEMENTO.....: 708704131981398

MUNICIPIO.....: CAPELA BAIRRO: ZONA RURAL

NOME PAI/MAE.....

RESPONSAVEL.....: O PROPRIO

PROCEDENCIA.....: CAPELA

ATENDIMENTO.....: TRAUMA

CASO POLICIAL.: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

PLANO DE SAUDE.....: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

TRAUMA: NAO

PA: [      ] X mmHg ]

PULSO: [      ]

TEMP.: [      ]

PESO: [      ]

EXAMES COMPLEMENTARES:

[ ] RAIO X

[ ] SANGUE

[ ] URINA

[ ] TC

[ ] LIQUOR

[ ] ECG

[ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:      /      /     

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA:

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

[ ] EVASAO

HORA DA SAIDA:

[ ] DESISTENCIA

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA

[ ] IML

[ ] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA DO MEDICO

EXAME DE LABORATORIO - ROSE

REALIZADO EM 16/04/19

ASSINADO POR

12:38



**HUSE**

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

**FICHA DE ATENDIMENTO**

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANDHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

*Tela aritmética + polega*  
Márcio de Farias Alves  
Oncologista / Transfusão / Carga de João  
CRM / SE 3407 / TEO 13874

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

	VERMELHO	AMARELO	VERDE	BRANCO
	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO:

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_ h

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

ENF.:

COREN:

DISCRIMINADOR  
às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE  
PRONTO SOCORRO  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE -  
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURAS

PACIENTE: Anderson Aristides Santos IDADE: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: Fratura de falange polegar

PROCEDIMENTO REALIZADO NA URGÊNCIA: Tala antibráquio  
palmar

AGENDAR CONSULTA DE RETORNO PARA 15 DIAS.

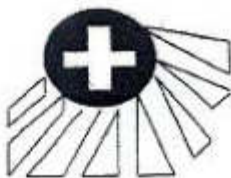
*Marcio de Farias Alves*  
Ortopedia e Traumatologia / Cargo de Jefe  
CRM/SE 3407 TEOT 13974

ARACAJU-SE, 10, 2019

MÉDICO ORTOPEDISTA RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO

- AGENDAR CONSULTA DE RETORNO NO AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 7 AS 17 HORAS.
- LEVAR TODAS AS RADIOGRAFIAS FEITAS NO DIA DE ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO PARA A CONSULTA DE RETORNO NO AMBULATÓRIO.
- TELEFONE: 3234-3412





ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE DE CAPELA

HOSPITAL "SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA"

FUNDADO EM 18.10.1897

Praça Adroaldo Campos, 68 - Centro - CEP: 49.700-000 - Capela-SE  
Tel: (79) 3263-1237 / Fax: (79) 3263-1434 - e-mail: assocaridadecapela@ig.com.br

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO

CARTÃO SUS Nº -

REGISTRO Nº 1054-44/19

DATA DA ADMISSÃO: 13/04/2016

HORA: 02:02

Nome:	ANDRSON ADISTRES SANTOS			Idade:	33 AN
Sexo:	Masculino ( X )	Feminino ( )	Cor:		
Data de Nasc:	14/12/1982	RG:	31845342	SSP:	SE
Filiação	Mãe: MARIA AUXILIADORA SANTOS LECES				
Endereço:	RUA DA PIAUÇA, 111A - JARDIM				
Cidade:	Capela	Telefone:	7999-2742		
Responsável pelo Paciente:	O MESMO				
Grau de Parentesco:	Telefone do Responsável:				
Endereço do Responsável:					
Médico Responsável:	Dr. MOTA				
Diagnóstico:	Cen. Line. Br. V. 20				

DATA / HORA

ANAMNESE E EVOLUÇÃO MÉDICA

Clinte referido central

obs. Clinte referido a haver sofrido acidente de trânsito com lesão no crânio e fratura de fêmur

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DAS MEDICAÇÕES

13/4/16

2:07

Dr. José Mota  
CRM: 37.124 - Conselho Regional de Medicina  
CPF: 071.001.544.51

Profund 1/4 02/15

EXAMES SOLICITADOS:

RX ( )

ULTRASSONOGRAFIA ( )

LABORATÓRIO ( )

DESTINO

INTERNAÇÃO: ( )

OBSERVAÇÃO: ( )

TRANSFERÊNCIA: ( )

ALTA: 12/4/16

HORA: 02:15

ÓBITO:

HORA:





## Central de Regulação

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

RG: 3184534-7



Nº Chave: 16092

**Nome**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CAPELA

**CNES**  
6234275

**Operador**  
NILSONCAP

**Nome**  
LABCLIN  
**Logradouro**  
RUA SIQUEIRA DE MENEZES, nº 402, bairro: CENTRO  
**Profissional Executante**  
VANESSA PESSOA NAVARRO

**CNES**  
2612429  
**Município**  
CAPELA  
**Data e Hora do Atendimento**  
20/09/2019 07:00:00

**Telefone**  
32632010998

**Nome do Usuário**  
ANDERSON ARISTIDES SANTOS

**CNS do Usuário**  
708.7041.3198.1398

**CPF**  
016.919.915-92  
**Telefone**  
99675-8686

**Endereço**  
PRAÇA MARCEL CARDOSO SOUZA 25, S/N - Complemento: CENTRO, CAPELA - SE - CEP: 49700-970

**Data de Nascimento**  
14/12/1985  
**Sexo**  
MASCULINO

**Idade**  
33

**Foto**

**Nome da Mãe**  
MARIA AUXILIADORA SANTOS TELES

**Nome do Pai**  
SEM INFORMAÇÃO

**UF de Nascimento**  
SE  
**Naturalidade**  
CAPELA

**CNS do médico solicitante**

**Nome do médico solicitante**  
AAA SER DEFINIDO NO LOCAL

**Diagnóstico inicial**

OUTROS EXAMES E INVESTIGAÇÕES ESPECIAIS DE PESSOAS SEM QUEIXA OU DIAGNÓSTICO RELATADO

**Procedimentos Solicitados**  
FISIOTERAPIA ORTOPÉDICA

**Código**  
0302050027

**Quantidade**  
10

\*\* Sem aviso a exibir \*\*

*Assinado por: Anderson Aristides Santos*

Assinado Eletronicamente por: AAA SER DEFINIDO NO LOCAL

Ficha impressa pelo operador NILSONCAP em 15/08/2019 14:07:41

*Assinado por: Anderson Aristides Santos*

Novo Solicitação  
EXPORTAR CSV (Google Sheets) EXPORTAR CSV (Microsoft Excel)

*Assinado por: Anderson Aristides Santos*

*Assinado por: Anderson Aristides Santos*

*Assinado por: Anderson Aristides Santos*

*Assinado por: Anderson Aristides Santos*

*Assinado por: Anderson Aristides Santos*

*Assinado por: Anderson Aristides Santos*



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)

RECEITUÁRIO

PACIENTE:

Anderson Antides Santos

Flancox 35.00  
500 mg

012

uso. oral, 01 comp. de

12/12h

Márcio de Farias Alves  
Ortopedia e Traumatologia / Grupo de Joelho  
CRM/SE 3407 TEOT 13874

DATA 18/04/19

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)



GOVERNO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

## AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

### RECEITUÁRIO

PACIENTE: \_\_\_\_\_

Relatório Médico  
Exame físico: normal  
Exame de urina: normal  
Exame de sangue: normal  
Exame de fezes: normal

CS

CS 8: 362.5

DATA 13/6/19

Dr. Mário Costa Vieira Filho  
Oncologia e Tumorologia  
CRM 4257 / CBO 16697

MÉDICO (Assinatura e carimbo)

## AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

### RECEITUÁRIO

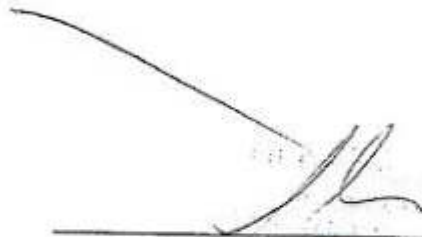
PACIENTE: Anderson Lustosa Sfs

Solicitado:

- F-sintetizada Mefen — Lorazepam  
(Máx 1 p/vez @)

CZ 8: 562.6.

DATA    /    /   

  
MÉDICO (Assinatura e Carimbo)

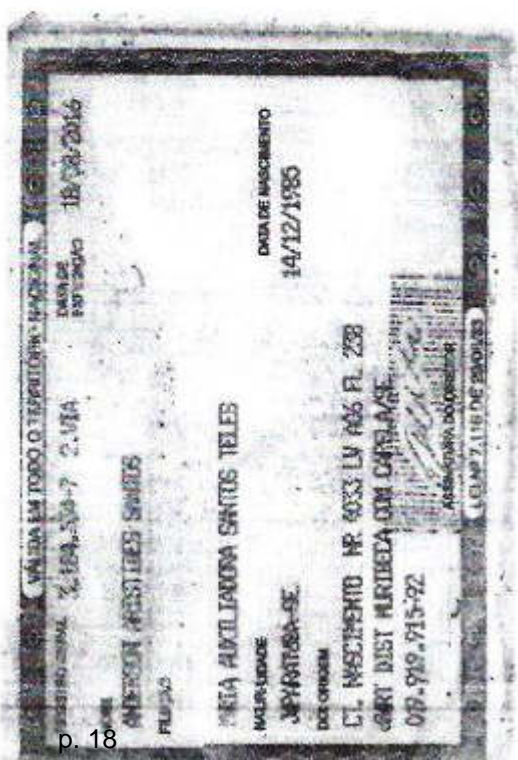


Atend.	392885	Codigo	193735
Senha	I3A979HY	Idade :	33 ano(s)
Data	26/09/2019 07:36:41 BRT	Conv.	SUS
Profissão		Escol.	
Nome	ANDERSON ARISTIDES SANTOS	Atend	eliana
Data Nasc.	14/12/1985		

**Grupo - Fisioterapia S**
**Executante - LABORATÓRIO S**

Guia	Codigo	Procedimento	Observação	Pend	Entrega
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019
16092	030205002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		NÃO	27/09/2019

Total Geral 10.00 itens



## **SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

Eu, ANDERSON ARISTIDES SANTOS. Venho através desta, solicitar o pedido de perícia médica do meu processo, o qual sofri lesões que me deixaram com sequelas definitivas, como consta na documentação em anexo, sendo assim, **estou a disposição para ser avaliado por uma perícia médica para uma melhor avaliação das minhas sequelas.** Desde já agradeço !

Contatos: 079 99606-3112 / 079 99989-1177

Aracaju/se, 29/01/2020

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445054/19

**Vítima:** ANDERSON ARISTIDES SANTOS

**CPF:** 019.919.915-92

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 12/04/2019

**Titular do CPF:** ANDERSON ARISTIDES SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANDERSON ARISTIDES SANTOS : 019.919.915-92**

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: 11/12/2019  
Nome: ANDERSON ARISTIDES SANTOS  
CPF: 019.919.915-92

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019  
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS  
CPF: 044.100.755-43

ANDERSON ARISTIDES SANTOS

WILLIANS SANTOS DE FREITAS



---

**Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200048489**

**Vítima: ANDERSON ARISTIDES SANTOS**

**Data do Acidente: 12/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ANDERSON ARISTIDES SANTOS**

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

Carta nº 15457144

---

**Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200048489**

**Vítima: ANDERSON ARISTIDES SANTOS**

**Data do Acidente: 12/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANDERSON ARISTIDES SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048489

Vítima: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

Data do Acidente: 12/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANDERSON ARISTIDES SANTOS**

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da

mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002215

Conta: 0000029892-8

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 09.919.915.92 4 - Nome completo da vítima: Anderson Antônio Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2010

5 - Nome completo: Anderson Antônio Santos 6 - CPF: 09.919.915.92  
7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Rua Perceira Pereira 9 - Número: 100 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Juruá 12 - Cidade: Capela 13 - Estado: SE 14 - CEP: 45700-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 79 39606-311

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2215 CONTA: 29892 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprensa oficial da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 25/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200048489  
Nome do(a) Examinado(a): Anderson Aristides Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Pirunga, 100 Br 101  
Area Rural Capela SE CEP: 49700-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 3184534-7  
Data local do acidente: [ 12/04/2019 ]  
Data local do exame: [ 14/02/2020 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO A ESQUERDA.**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA EM FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO A ESQUERDA**

**Complicações: BLOQUEIO NO 1º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS COM PERDA DA CAPACIDADE DE PINÇAMENTO DO 1º QUIRODÁCTILO.**

**Data da Alta: 12/04/2019**

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+++/+5), PRESENÇA DE TUMORAÇÃO NA FALANGE PROXIMAL DO 1º QUIRODÁCTILO E 1ª ARTICULAÇÃO METACARPO FALANGEANA (CÁLO ÓSSEO), DOR CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NO 1º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO 1º QUIRODÁCTILO E DA CAPACIDADE DE PINÇAMENTO DO 1º QUIRODÁCTILO.**

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim      ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim      ( ) Não

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

**DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE EM 1º QUIRODÁCTILO 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 o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

( ) "Sem sequela permanente"

(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):

**DEDO POLEGAR - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio    ☒ (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio    ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio    ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio    ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Manoel Otacilio Nascimento Junior  
Clínica e Auditoria Médica  
CRM 1827



**PRF**

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19019252B02



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



Para cópia do seu Boletim acesse o site: [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.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TIAGO OLIVEIRA, matrícula 14614/2, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2019, conforme Diário Oficial da 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 19019252B02 e o número de controle F3CFE3812C194B4D6DB08AB3B58D7D.

**191**



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019252B02

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 12/04/2019 Hora: 23:15 Município: ROSARIO DO CATETE/SE  
BR: 101 KM: 61,0 Sentido: Decrescente  
Policial responsável pelo atendimento: TIAGO OLIVEIRA, 1461472  
Relatório retificado com base no processo administrativo nº: 08672003711201953

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal  
Tipo de pista: Simples  
Estrutura Viária: Reta, Interseção de Vias  
Acostamento: Sim  
Condição meteorológica: Nublado  
Tipo de pavimento: Asfalto  
Condição da Pista: Seca  
Localidade urbanizada: Não  
Canteiro Central: Não  
Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

NARRATIVA

No dia 12/04/2019, por volta das 23h15, no km 61,0 da BR-101, em Rosário do Catete-SE, ocorreu um acidente do tipo colisão transversal com 01(uma) vítima morta e 13(treze) lesionadas levemente. Os veículos envolvidos foram o V1 - M.BENZ/O 371 RSE (ônibus de estudantes da cidade de Nossa Senhora das Dores) e o V2 - SCANIA /K113 CL 4X2 310 (ônibus de estudantes da cidade de Capela/SE). Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que V1 e V2 seguiam pela BR-101 no sentido decrescente (Aracaju/SE - Propriá/SE) quando V1 acessou a pista lateral do trevo de acesso à cidade de Nossa Senhora da Dores e, em seguida, cruzou a BR-101. V2, que seguia logo atrás de V1, ainda tentou uma manobra evasiva à esquerda, mas findou colidindo transversalmente com V1. Após o impacto, os dois veículos cruzaram a rodovia e acabaram saindo do leito carroçável e imobilizando-se no terreno marginal. 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 manobra realizada por V1 que cruzou a rodovia sem os cuidados necessários. Observações: A velocidade máxima para o local é de 60km/h, de acordo com placa R-19 existente no km 61,3 da BR-101.



Assinatura eletrônica

Documento enviado eletronicamente por TIAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 07/05/2019, conforme Diário Oficial da União, 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 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobot/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de emissão 13CF3812LER64D6U00A8B60D7D.

191







MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019252B02

IML ou DML

12/04/2019 23:40

13/04/2019 01:35

SAMU

12/04/2019 23:20

12/04/2019 23:40

V1 - VEÍCULO 1 - BWF3676 - ÔNIBUS

V1 - Informações

Placa: BWF3676 Marca/modelo: MBENZ/O 371 RSE

Renavam: 00621851566

Ano fabricação: 1993 Chassi: 9BM664126PC077580

Tipo de veículo: Ônibus

Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel

Cor: Branca

Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista

Informações complementares: Veículo apresentava tacógrafo sem disco no momento da vistoria do veículo.

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Unidade PRF

Informações complementares: Veículo encaminhado ao pátio do Posto PRF de Nossa Senhora do Socorro.

V1 - Cronotacógrafo

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Sim

Equipamento atende a legislação: Não

Diagrama foi recolhido: Não

Tempos de parada/descanso atendem a legislação: Não



Documento assinado eletronicamente por ILACIO OLIVEIRA, matricula 1461172, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no 4º 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/movsbot/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3C3F3812EE84D64008A88B80D7D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019252B02

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

Veículo: V1 / M.BENZ/O 371 RSE  
Nome do Agente: TIAGO OLIVEIRA

Placa: BWF3676  
Matrícula do Agente: 1461472

Nº BOAT: 19019252B02  
Data: 12/04/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
2	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
3	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
4	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
10	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
11	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M		X	
12	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroçaria.	M		X	
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M	X		
14	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M	X		
15	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M		X	
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M		X	
17	Região da carroçaria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
18	Região do chassis termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

Dano de Montagem: Média



Documento assinado eletronicamente por TIAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 01/06/2019, 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. 4º 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 41-DG, de 13 de novembro de 2016.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle 1313F3812F594B4D64B08ABAB80D7D.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019252B02

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRENTE



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TIAGO DI MIRA, matricula 1461472, Polícia Rodoviária Federal, em 07/06/2019, 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 18 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/gera-boletim/verificar-boletim>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F4CF-AR12EL4034D6DD0848B9D7D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019252B02

**V1 - Proprietário**

Nome: GUILHERME VIAGEM E TUR.LTDA ME  
Email:  
Endereço: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE

CPF/CNPJ: 14.970.182/0001-38  
Telefone:

**V1C - CONDUTOR DE V1 - JOSE VALTER DE MENEZES**

**V1C - Informações**

Nome: JOSE VALTER DE MENEZES  
CPF: 170.767.225-34  
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 06/12/1954  
Sexo: Masculino  
Usava cinto de segurança: Ignorado

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

Categoria: D  
UF: SE  
Observações CNH: 15

Primeira habilitação: 14/01/1982  
Vencimento da habilitação: 04/01/2021

Nº Registro: 01592360495  
Motorista profissional: Não

**V1C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não  
Visíveis sinais de embriaguez: Não

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

**V1C - Dados do Contato**

Endereço: RUA B, 60, LOT CAICARA, NOSSA SENHORA DAS DORES-SE  
Telefone:

Email:

**V1C - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico  
Informações complementares: Socorrido por equipe do SAMU

Tipo de Receptor: SAMU

**V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - MAYCON LEITE DA SILVA**

**V1P1 - Informações**

Nome: MAYCON LEITE DA SILVA  
CPF: 062.851.015-23  
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 26/04/1994  
Sexo: Masculino  
Usava cinto de segurança: Ignorado

**V1P1 - Dados do Contato**

Endereço: AV PAULO VASCONCELOS, 1666, CASA, CENTRO, NOSSA SENHORA DAS DORES-SE  
Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por TIAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Policial Rodoviária Federal, em 07/06/2019, 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/novobolautenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3CFF3812EE64B4D60B08A8986D7D.

**191**



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019252B02

**V1P1 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico  
Informações complementares:

Tipo de Receptor: SAMU

**V1P2 - PASSAGEIRO 2 DO V1 - ANA CLESIA ALVES SANTANA CARNEIRO**

**V1P2 - Informações**

Nome: ANA CLESIA ALVES SANTANA CARNEIRO  
CPF: 032.316.685-73  
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 08/09/1986  
Sexo: Feminino  
Usava cinto de segurança: Ignorado

**V1P2 - Dados do Contato**

Endereço: B, 124, LOTEAMENTO CAICARA, CENTRO, NOSSA SENHORA DAS DORES-SE  
Telefone:

Email:

**V1P2 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico  
Informações complementares:

Tipo de Receptor: SAMU

**V1P3 - PASSAGEIRO 3 DO V1 - WILMA GOMES DA SILVA COSTA**

**V1P3 - Informações**

Nome: WILMA GOMES DA SILVA COSTA  
CPF: 842.596.715-53  
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 05/02/1990  
Sexo: Feminino  
Usava cinto de segurança: Ignorado

**V1P3 - Dados do Contato**

Endereço: AV AUGUSTO FRANCO, SN, CASA, CENTRO, NOSSA SENHORA DAS DORES-SE  
Telefone:

Email:

**V1P3 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico  
Informações complementares:

Tipo de Receptor: SAMU

**V1P4 - PASSAGEIRO 4 DO V1 - ED SILVIA BORGES DA CRUZ**

**V1P4 - Informações**

Nome: ED SILVIA BORGES DA CRUZ  
CPF: 045.231.435-60  
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 15/11/1988  
Sexo: Feminino  
Usava cinto de segurança: Ignorado



Documento assinado eletronicamente por ILIAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Polícia Rodoviária Federal, em 07/06/2019, 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 da inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3C4438126E84B4D6D008AB9B9D7D.

**191**





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019252B02

**V1P4 - Dados do Contato**

Endereço: MURIBECA, 271, APARTAMENTO 7, SANTO ANTONIO, ARACAJU-SE  
Telefone: Email:

**V1P4 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico  
Informações complementares: Tipo de Receptor: SAMU

**V1P5 - PASSAGEIRO 5 DO V1 - Não Identificado**

**V1P5 - Informações**

Nome: Data de Nascimento:  
Sexo: Feminino Estado físico: Lesões Leves  
Usava cinto de segurança: Ignorado  
Informações complementares: Informado pelo SAMU que a vítima se chamava Juciara dos Santos.

**V1P5 - Dados do Contato**

Endereço: Email:  
Telefone:

**V1P5 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico  
Informações complementares: Tipo de Receptor: SAMU

**V2 - VEÍCULO 2 - GPT1802 - ÔNIBUS**

**V2 - Informações**

Placa: GPT1802 Marca/modelo: SCANIA/K113 CL 4X2 310 Renavam: 00613877250  
Ano fabricação: 1993 Chassi: 9BSKC4X2BP3462881 Tipo de veículo: Ônibus  
Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel Cor: Azul  
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento  
Informações complementares: Veículo apresentava tacôgrafo sem disco no momento da vistoria do veículo.

**V2 - Encaminhamento**

Motivo: Outros  
Informações complementares: Tipo de Receptor: Unidade PRF  
Veículo encaminhado ao pátio do Posto PRF de Nossa Senhora do Socorro.

**V2 - Cronotacógrafo**



Documento assinado eletronicamente por RAYGO OLIVEIRA, matricula 1461477, Policial Rodoviário Federal, em 02/06/2019, 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 11 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novabot/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3CFF3812EE84B4D6DB0A08B0D7D.

**191**



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019252B02

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Sim

Equipamento atende à legislação: Não

Diagrama foi recolhido: Não

Tempos de parada/descanso atendem à legislação: Não



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por IAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Polícia Rodoviária Federal, em 07/04/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º de 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 11 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3CFF-3812EE84B4D6D309A0868007D.

**191**



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019252B02

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

Veículo: V2 / SCANIA/K113 CL 4X2 310

Placa: GPT1802

Nº BOAT: 19019252B02

Nome do Agente: TIAGO OLIVEIRA

Matrícula do Agente: 1461472

Data: 12/04/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
2	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
3	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
4	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
10	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
11	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M	X		
12	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroçaria.	M	X		
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M		X	
14	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M		X	
15	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M		X	
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M		X	
17	Região da carroçaria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi	M		X	
18	Região do chassi termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por TIAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 07/04/2019, 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/novobal/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3C3F3812LE94B4D6U008AB9B80D7D.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019252B02

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRENTE



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por TIAGO OLIVEIRA, matrícula 1461172, Polícia Rodoviária Federal, em 07/06/2019, assinado no local 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 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 41-DG, de 13 de novembro de 2016.  
A validade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3C1F-3A12LL94B1D6UB09AB98RD7G.

**191**





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019252B02

**V2 - Proprietário**

Nome: GOLDEN TURISMO E SERVICOS LTDA

Email:

Endereço: NOSSA SENHORA DA GLORIA-SE

CPF/CNPJ: 04.538.749/0001-48

Telefone:

**V2C - CONDUTOR DE V2 - JOSE BATISTA DE JESUS ANDRADE**

**V2C - Informações**

Nome: JOSE BATISTA DE JESUS ANDRADE

CPF: 981.257.885-49

Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 18/12/1975

Sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Ignorado

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

Categoria: E

UF: SE

Observações CNH: 1513

Primeira habilitação: 06/10/2009

Vencimento da habilitação: 08/02/2023

Nº Registro: 04774834710

Motorista profissional: Não

**V2C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V2C - Dados do Contato**

Endereço: POV PEDRAS, SN, CASA, ZONA RURAL, CAPELA-SE

Telefone:

Email:

**V2C - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Informações complementares: Socorrido por equipe do SAMU

Tipo de Receptor: SAMU

**V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - ANTONIO LUIZ DE ANDRADE NETO**

**V2P1 - Informações**

Nome: ANTONIO LUIZ DE ANDRADE NETO

CPF: 068.908.605-94

Estado físico: Morto

Data de Nascimento: 25/05/1996

Sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Não

**V2P1 - Dados do Contato**

Endereço: PCA CARLOS DE FIGUEIREDO CABRAL, 190, CASA, POVOADO PEDRAS, CAPELA-SE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por TIAGO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 07/06/2019, 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 11 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle 13CFF3812EE84B4D6LX09AB8B8C07D.

**191**



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019252B02

**V2P1 - Encaminhamento**

Motivo: Outros

Informações complementares:

Tipo de Receptor: IML ou DML

**V2P2 - PASSAGEIRO 2 DO V2 - MARIA ANDREZA SILVA SANTOS**

**V2P2 - Informações**

Nome: MARIA ANDREZA SILVA SANTOS

CPF: 040.624.495-28

Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 18/06/1986

Sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Ignorado

**V2P2 - Dados do Contato**

Endereço: SILVIO ROMERO, 306, CENTRO, CAPELA-SE

Telefone:

Email:

**V2P2 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Informações complementares:

Tipo de Receptor: SAMU

**V2P3 - PASSAGEIRO 3 DO V2 - JULIANA DOS SANTOS LEMOS ROSA**

**V2P3 - Informações**

Nome: JULIANA DOS SANTOS LEMOS ROSA

CPF: 050.691.335-00

Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 10/10/1995

Sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Ignorado

**V2P3 - Dados do Contato**

Endereço: CARLOS DE F CABRAL, 16, CAPELA-SE

Telefone:

Email:

**V2P3 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Informações complementares:

Tipo de Receptor: SAMU

**V2P4 - PASSAGEIRO 4 DO V2 - ANA CLAUDIA DOS SANTOS SILVA**

**V2P4 - Informações**

Nome: ANA CLAUDIA DOS SANTOS SILVA

CPF: 045.663.815-60

Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 11/06/1990

Sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Ignorado



Documento assinado eletronicamente por HAGO OI NEIRA, matrícula 1461172, Polícia Rodoviária Federal, em 07/06/2019, 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 6 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/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3C4F3A12EE84D46U609AB8B8007D.

**191**





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019252B02

**V2P4 - Dados do Contato**

Endereço: SANTA CRUZ, 856, CASA, CENTRO, CAPELA-SE

Telefone: 007999535418

Email:

**V2P4 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Informações complementares:

Tipo de Receptor: SAMU

**V2P5 - PASSAGEIRO 5 DO V2 - JAILSA DOS SANTOS SILVA**

**V2P5 - Informações**

Nome: JAILSA DOS SANTOS SILVA

Nº de Identificação/órgão expedidor: 24568325 /SSP/SE

Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 20/11/1991

Sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Ignorado

**V2P5 - Dados do Contato**

Endereço: RUA DE SANTA CRUZ, 856, CENTRO, CAPELA-SE

Telefone:

Email:

**V2P5 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Informações complementares:

Tipo de Receptor: SAMU

**V2P6 - PASSAGEIRO 6 DO V2 - Não Identificado**

**V2P6 - Informações**

Nome:

Sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Ignorado

Informações complementares: Vitima identificada apenas pelo nome de Milena.

Data de Nascimento:

Estado físico: Lesões Leves

**V2P6 - Dados do Contato**

Endereço:

Telefone:

Email:

**V2P6 - Encaminhamento**

Motivo: Socorro médico

Informações complementares:

Tipo de Receptor: SAMU



Documento assinado eletronicamente por ILACIO OLIVEIRA, matrícula 1461472, Polícia Rodoviária Federal, em 07/06/2019, 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 6.539, de 8 de outubro de 2015 e no anexo b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 617-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 19019252B02 e o número de controle F3CFF3812EE8484D6D808AB8880D7D.

**191**



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 19019252B02

V2P7 - PASSAGEIRO 7 DO V2 - Não Identificado

V2P7 - Informações

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Informações complementares: Vítima identificada apenas pelo nome de Lucila.

V2P7 - Dados do Contato

Endereço:

Telefone:

Email:

V2P7 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares:

V2P8 - PASSAGEIRO 8 DO V2 - ANDERSON ARISTIDES SANTOS

V2P8 - Informações

Nome: ANDERSON ARISTIDES SANTOS

Data de Nascimento: 14/12/1985

CPF: 019.919.915-92

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Informações complementares: Incluído no BAT conforme processo nº 08672.003711/2019-53.

V2P8 - Dados do Contato

Endereço: OTR RUA DO PONTO, 0, PIRUNGA, CAPELA-SE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por RANCO DI MIERA, matrícula 1461472, Policial Rodoviário Federal, em 07/10/2019, 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 11 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <http://www.prf.gov.br/movobal/autenticar>, informando o protocolo 19019252B02 e o número de controle F3CF-88126E94B4D6UB08AUB880D7D.

191



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 09.919.915.92 4 - Nome completo da vítima: Anderson Antônio Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2016

5 - Nome completo: Anderson Antônio Santos 6 - CPF: 09.919.915.92  
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2215 CONTA: 29892 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascidos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprensa oficial da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 25/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)