



Número: **0809395-96.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **18/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WELTON FERNANDES GOES (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37973181	17/12/2020 12:24	2773793_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200349660

Vítima: WELTON FERNANDES GOES

Data do Acidente: 21/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WELTON FERNANDES GOES

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **WELTON FERNANDES GOES**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000001619-5**

Conta: **000010031594-1**

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.

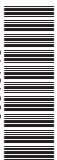
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01479/01480 - carta_15R - INVALIDEZ

00010740



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 101.670.234-03 4 - Nome completo da vítima: WELTON FERNANDES GOES

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

5 - Nome completo: WELTON FERNANDES GOES 6 - CPF: 101.670.234-03
7 - Profissão: MOTOBOY 8 - Endereço: RUA EUCLIDES FERREIRA DE CARVALHO 9 - Número: 77 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58052-236
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (83) 98651-8167

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1619 5 CONTA: 31594 X AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ 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(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA 29/10/2020

* Welton Fernandes Goes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-4/CPR-4I)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

Capitão

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0390- 2020	Responsável pelo Levantamento do Acidente: GEORGE LUCAS DE MENDONÇA	Posto/Grado/Região SD /PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Deputado Doca Gadelha - (7 metros)	Hora 19:00	Bairro Mangabeira
Data da Ocorrência 21/07/2020	Dia da Semana Terça-feira	C/S Vítima (QT) Com / 02
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	Tipo de Acidente Col. Lateral
		Tipo de pavimento Asfalto
		Controle do tráfego Pista Sentido Duplo

Nome Kelcilon de Souza Pereira Filho	CONDUCTOR 01	Sexo Masculino	Nascimento 25/10/1992	RG 3225576
---	--------------	-------------------	--------------------------	---------------

Endereço Av. Epitácio Pessoa (BEPMOTOS)	1ª Habilitação 10/09/2011	Categoria AB	Registro CNH N.º 05157222866	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 15/10/2020	Usava cinto -	Usava Capacete Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Não Realizado				Destino do Condutor Socorrido ao Hospital de Trauma				

Marca/Modelo HONDA / XRE 300	Espécie Motocicleta	Placa QSD 8733	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
---------------------------------	------------------------	-------------------	-------------------------	--------------------------	------------

QUALITY ALUGUEL DE VEÍCULOS - S.A			
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 0114666039720	Renavan N.º 01187148528	Data da Emissão 09/04/2019

Condições do Veículo Antes do Acidente Em boas condições

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor foi ouvido no setor de Boat no dia 31/08/2020 às 08:45 e declarou que: Trafegava na Via A no sentido Bancários/Mangabeira, quando o V2 que vinha no sentido contrario adentrou na faixa que o V1 seguia, colidindo o V2 no V1.

Nome Velton Fernandes Goes	CONDUCTOR 02	Sexo Masculino	Nascimento 05.04/1995	RG 4025446
-------------------------------	--------------	-------------------	--------------------------	---------------

Endereço Rua Euclides Ferreira de Carvalho, nº 77 - Jardim Cidade Universitária - João Pessoa PB - Tel.(083)98609-077
--

Habilitação 03/07/2015	Categoria AB	Registro CNH N.º 007404387580	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 20/08/2024	Usava cinto -	Usava Capacete Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Não Realizado				Destino do Condutor Socorrido ao Hospital de Trauma			

Marca/Modelo ONDA / XRE 300	Espécie Motocicleta	Placa NQB 5827	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
--------------------------------	------------------------	-------------------	-------------------------	--------------------------	------------

Nome do Proprietário Velton Fernandes Goes			
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 015312227572	Renavan N.º 00226857077	Data da Emissão 21/05/2020

Condições do Veículo Antes do Acidente Em boas condições

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: trafegava no sentido Mangabeira / Bancários, na faixa da direita, na via (A), o mesmo sinalizou para entrar no shopping Mangabeira e ao realizar a manobra foi surpreendido pelo V1 em alta velocidade, não tendo como evitar o acidente.

Observação: foi ouvido na sala do setor de BOAT do Bptran no dia 30.07/2020 às 14H:51Min.

Digitalizado com Cam



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0390/2020

VÍTIMA 01

Nome Kelcilon de Souza Pereira Filho	Sexo Masculino	Nascimento 25/10/1992	Viajava no Veículo N° 01
---	-------------------	--------------------------	-----------------------------

Endereço

Condição da Vítima

Condutor

Conduzida Para

Hospital de Trauma

Usava Cinto

Usava Capacete

Sim

VÍTIMA 02

Nome Welton Fernandes Goes	Sexo Masculino	Nascimento 05/04/1995	Viajava no Veículo N° 02
-------------------------------	-------------------	--------------------------	-----------------------------

Endereço

Rua Euclides Ferreira de Carvalho, n° 77 – Jardim Cidade Universitária - João Pessoa PB – Tel.
(083)98609-7977

Condição da Vítima

Condutor

Conduzida Para

Hospital de Trauma

Usava Cinto

Usava Capacete

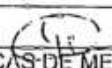
Sim

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o acidente se deu na via (A); Que Havia marcas de frenagem e fricção no solo; Que o C1 foi socorrido ao Hospital de Trauma da Capital com escoriações pelo corpo, e o seu veículo liberado no local; Que o C2 também foi socorrido ao Hospital de Trauma na Capital com escoriações pelo corpo. Informo que não foi possível a realização do etilômetro nos condutores, tendo em vista que a prioridade é o socorro médico realizado por profissionais competentes; Que ambos os condutores estavam devidamente habilitados a pilotar as suas respectivas motocicletas e que ambas estavam devidamente licenciadas.

OBSERVAÇÃO: V2 removida ao pátio do BPTan para complemento do BOAT.

João Pessoa – PB, 21 de agosto de 2020.


GEORGE LUCAS DE MENDONÇA -SD PM
Responsável pelo Levantamento

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 04.09.2020

Digitalizado com Cam





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

DIWtran

21/07/2020

00

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 0390/2020

DANOS NO V1

Marca/Modelo:
HONDA / XRE 300

Placa:
QSD 8733

Responsável pelo Preenchimento:
SD GEORGE

Data:
21/07/2020

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 (triciclo)		X	
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA)			00	

Observações: 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

DANOS NO V2

Marca/Modelo:
HONDA / XRE 300

Placa:
NQB 5827

Responsável pelo Preenchimento:
SD GEORGE

Data:
21/07/2020

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 (triciclo)		X	
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA)			00	

Observações: 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

João Pessoa - PB, 21 de agosto de 2020.

GEORGE LUCAS DE MENDONÇA - SD PM
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

Cópia de Conformidade com o Original

EM: 21/09/2020

ASS

Digitalizado com Cam



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:24:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712244907800000036219343>

Número do documento: 20121712244907800000036219343

Num. 37973181 - Pág. 5



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO 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 0390/ 2020

AMARRAÇÕES

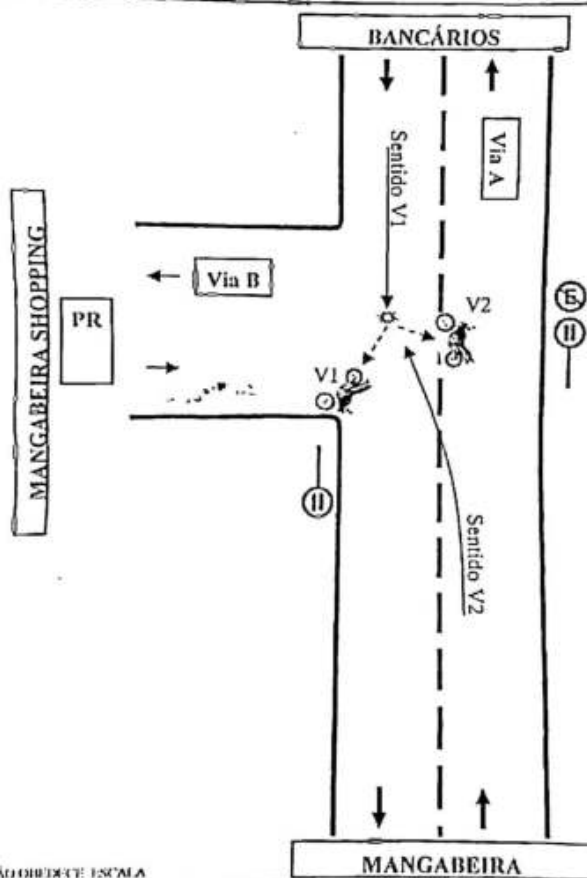
VIA "A" - Rua Dep. Doca Gadella 07,00 metros

PR (Ponto de Referência) Shopping Mangabeira

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 02.20 e Traseiro Direito 03.30 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 06.30 e Traseiro Direito 05.45 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO ORIENTA ESCALA

AVARIAS



V1



V2

George Lucas de Mendonça Sd PM
Responsável pelo Levantamento

Cópia de Conformidade com o Original

EM: 01/03/2020

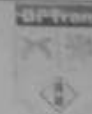
Assinatura

Digitalizado com Cam





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO 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 Nº 0390/ 2020

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)

TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)

LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 04/03/2020

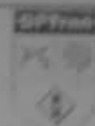
George Lucas de Mendonça Sd PM
Responsável pelo Levantamento

Digitalizado com Cam





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-1 / CPR-2)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0390/ 2020

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



George Lucas de Mendonça Sd PM
Responsável pelo Levantamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

101.670.234-03

4 - Nome completo da vítima:

WELTON FERNANDES GOES

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

5 - Nome completo:

WELTON FERNANDES GOES

6 - CPF:

101.670.234-03

7 - Profissão:

MOTOBOY

8 - Endereço:

RUA EUCLIDES FERREIRA DE CARVALHO

9 - Número:

14

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA

12 - Cidade:

JOÃO PESSOA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58062-236

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(83) 98651-8167

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1619

CONTA:

31594

AGÊNCIA:

CONTA:

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) (menor(es))?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

JOÃO PESSOA 29/10/2020

* Welton Fernandes Goes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELTON FERNANDES GOES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01619-5

CONTA: 000010031594-1

Nr. da Autenticação D6FC977E6755B55E





00610623



CTC RECIFE PE PL7

WELTON F GOES
R EUCLIDES FERREIRA DE CARVALHO 77
JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA
58052-236 JOAO PESSOA - PB

Postagem : 15/09/2020

Vencimento: 25/09/2020



7213195069191040000

30150920

Digitalizado com Cam





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Welton Fernandes Goes
DATA DE NASCIMENTO 05/04/95
NOME DA MÃE Luzimar Ana Fernandes Goes de Souza

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1247161
DATA DO ATENDIMENTO 21/07/2020
HORA DO ATENDIMENTO 19:32
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula E.
CID 10 S42.0

AValiação Inicial:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com dor em clavícula esquerda, não consegue movimentar MMII por algia nas coxas, cefaleia, glasgow 15, pupilas iso/foto, sem déficit. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia, Neurocirurgia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX tórax, ombro E, bacia, coxa
USG(fast)


RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades
RX: fratura de clavícula E.
USG: sem anormalidades

TRATAMENTO:

1º atendimento + tratamento conservador de fratura de clavícula E (imobilização em 8).

ALTA HOSPITALAR: 22/07/2020
DATA DA EMISSÃO: 14/09/2020


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Digitalizado com Cam





Secretaria Municipal de Saúde
POLICLÍNICA MUNICIPAL CRISTO

SUS



NOME DO PACIENTE: Welton Fernandes Gois

DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1995

DATA DO EXAME: 17/08/2020

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA EM AP

LAUDO RADIOLÓGICO:

Fratura completa no terço médio da clavícula, desalinhada.

Demais estruturas ósseas e espaços articulares conservados.

Partes moles sem alterações.

ID: Fratura de clavícula.

RADIOGRAFIA DA BACIA EM AP

LAUDO RADIOLÓGICO:

Estrutura óssea da bacia conservada, não se observando modificação da forma, densidade e contornos.

Articulações sacro ilíacas anatômicas.

Articulações coxo femorais sem alterações.

Ausência de lesão lítica ou blástica.

Ausência de sinais de fratura ou luxação.

Dr. Gustavo C. Navarro – CRM: 7905

R: Olívia de Almeida Guerra, S/N – Cristo. Tel. 3214-2621 / 3214-2622 – CEP: 58071-430

Digitizado com Cam





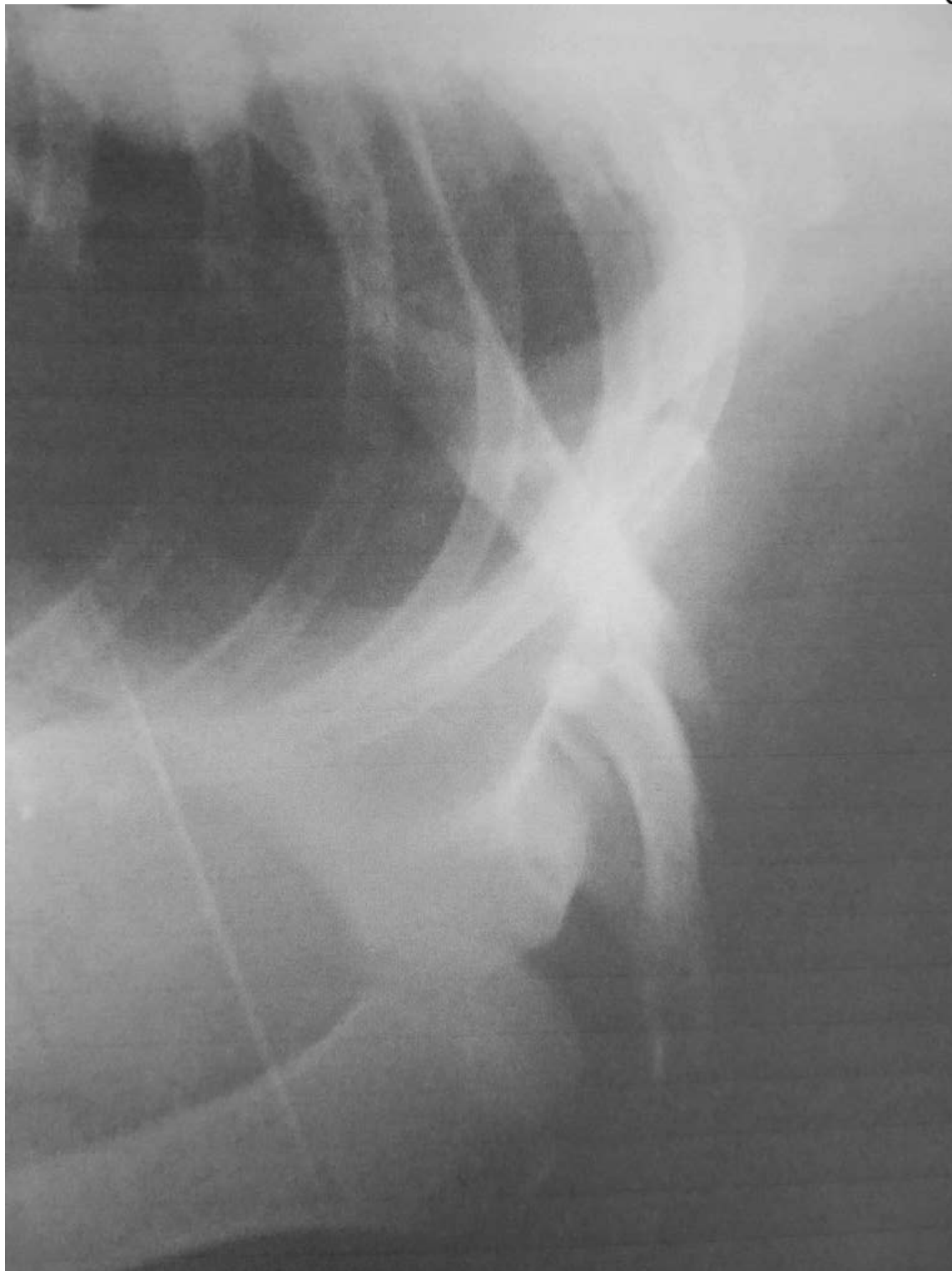
Digitalizado com Cam





Digitizado com Cam







Digitalizado com Cam



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:24:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712244907800000036219343>
Número do documento: 20121712244907800000036219343

Num. 37973181 - Pág. 17

21/07/2020

[Assinatura]

11/08

Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Unidade de Pronto Socorro


PARAÍBA
 Governo do Estado

AV. ORENTES LINDAS, s/n - PEDRA BONITA - ONDARA - 57111-2 - Tel.: 332105700

Boletim de Atendimento: 1247101



Identificação do paciente			
Id 1250246	Nome WELTON FERNANDES GOMES	Sexo Masculino	
Data de nascimento 08/04/1988	Idade 28 anos 3 meses 16 dias	Estado civil UNIDO ESTÁVEL	Religião NÃO INFORMADO
Mãe LUIZIANA FERNANDES GOMES		Pai NÃO INFORMADO	
Endereço Estrada		Residência (Domicílio) PUSC - APT. 101 DE ARAUJO - ESPOSO(A)	
CPF 83	Celular 988887877	Outro NÃO	Telefone NÃO
Tipo de documento MANGABEIRA	Nome de nascimento JOÃO PESSOA	IP Cada	Outro NÃO
Endereço Nº 131	Complemento JOÃO PESSOA	Outro NÃO	Outro NÃO
Admissão			
Data e Hora 21/07/2020 10:32:30	Número da paciente 1000008781580	Comparto SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Cidade NÃO	Origem do paciente RUA	
Classificação de risco NÃO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores de Transporte			
Cabeceira NÃO	Tranco de ambulância NÃO	Volta de ambulância NÃO	Trauma NÃO
Modo de transporte SAMU	Quantidade transportada NÃO		
Sinais Vitais			
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura 35,5 HGT
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrassonografia []
Dados clínicos: Paciente admitido acidentado, vítima de acidente de trânsito, na bicicleta, sem lesões aparentes.			
Diagnóstico: Lesão por trauma.			
Atendido por: RENATA HERCULANO DA SILVA			

[Assinatura]

 15
 Assinatura
 P.

Digitalizado com Cam



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:24:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712244907800000036219343

Número do documento: 20121712244907800000036219343

Num. 37973181 - Pág. 18



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Serviço Humanitário



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORENTES LIDBOA, 8/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNEB: 2593262

Paciente WELTON FERNANDES GOMES	DAE 1247101	Data/Hora Entrada 21/07/2020 19:32:30	Data Baixa
Data do nascimento 05/04/1993	Idade 25a 3m 17d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988097977
Mãe LUZIMAR FERNANDES GOMES			Prontuário
Endereço JEANE DA SILVA CRUZ, 131	Unidade MUCUMAGRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Nº Cons. Regional 11385/PB
Data/Hora Classificação 21/07/2020 10:32:30		Data/Hora Prescrição 21/07/2020 21:46:57	

ANAMNESE

HISTÓRIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO DOR EM OMBRO ESQUERDO AO EXAME: EGR, ADM LIMITADA, NEUROVASCULAR OK, COM DOR EM COXA DIREITA E OMBRO ESQ. RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA CD: IMOBILIZAÇÃO EM B + RX DE CONTROLE

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO B

Conduta

Em observação

Enfermeiro

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)

Boletim registrado por: RENATA HERCULANO DA SILVA em 21/07/2020 19:32:30

Digitalizado com Cam

Digitalizado com Cam





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Senador
PARAÍBA
Governo do Estado

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
WELTON FERNANDES GOES	25A 3M 16D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1247161	21/07/2020 19:32:30	
Convênio	Leito	Clinica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		29min
		Permanência no Leito

Parecer médico	
Especialidade	Profissional
NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 21/07/2020 20:01:01
PACIENTE RELATA TER SIDO VITIMA DE DE QUEDA DE MOTO COM DOR ACENTUADA EM CLAVÍCULA ESQUERDA , NÃO CONSEGUE MOBILIZAR OS MEMBROS INFERIORES POR ALGIA NAS COXAS E CEFALÉIA	
A- VIAS AÉREAS PÉRVIAS, EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA SEM CERVICALGIA , COM LOMBALGIA	
B- EM AR AMBIENTE . SAT O2 98% , SEM CREPITAÇÃO OU ALGIA À MOBILIZAÇÃO DO TORAX	
C- SEM SANGRAMENTOS ATIVOS, HEMODINÂMICAMENTE ESTÁVEL	
D- GLASGOW 14, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES	
E - NÃO CONSEGUE MOBILIZAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO OU MMIII , RELATA TAMBÉM CEFALÉIA, ABDOME LIVRE , INDOLOR À PALPAÇÃO	
Parecer	Data de Resposta:

[Handwritten signature]
Suelio Moreira Torres
Neurocirurgião

Digitalizado com Cam





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Semear Todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Parecer Médico

Nome WELTON FERNADES GOES	Idade 25A 3M 16D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1247161	Data de Entrada 21/07/2020 19:32:30	Permanência na Unidade 29min
Convênio SUS	Leito	Permanência no Leito
	Clínica CIRURGIA GERAL	

Parecer médico

Especialidade
ORTOPEDIA

Profissional

Motivo da solicitação

Data da Solicitação: 21/07/2020 20:01:20

PACIENTE RELATA TER SIDO VITIMA DE DE QUEDA DE MOTO COM DOR ACENTUADA EM CLAVÍCULA ESQUERDA, NÃO CONSEGUE MOBILIZAR OS MEMBROS INFERIORES POR ALGIA NAS COXAS E CEFALIA

A- VIAS AÉREAS PÉRVIAS, EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA SEM CERVICALGIA, COM LOMBALGIA

B- EM AR AMBIENTE. SAT O2 98%, SEM CREPITAÇÃO OU ALGIA À MOBILIZAÇÃO DO TORAX

C- SEM SANGRAMENTOS ATIVOS, HEMODINÂMICAMENTE ESTÁVEL

D- GLASGOW 14, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

E - NÃO CONSEGUE MOBILIZAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO OU MMII, RELATA TAMBÉM CEFALIA, ABDOME LIVRE, INDOLÓR À PALPAÇÃO

Parecer

Data de Resposta:

Pro. Lino
21/07/2020

Digitalizado com Cam



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:24:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712244907800000036219343>

Número do documento: 20121712244907800000036219343

Num. 37973181 - Pág. 21



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
WELTON FERNANDES GOES

Data de nascimento
05/04/1995

Idade
25a 3m 17d

BAE
1247161

Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
21/07/2020 19:32:30
CNS

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 986097977
Prontuário

Mãe
LUZIMAR FERNANDES GOES

Endereço
JEANE DA SILVA CRUZ, 131

Bairro
MUÇUMAGRO

Município
JOAO PESSOA

UF
PB

Acidente
MOTO X MOTO

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Profissional
GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA

Nº Cons. Regional
9220/PB

Data/Hora Classificação
21/07/2020 19:32:30

Data/Hora Prescrição
21/07/2020 23:43:53

ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO DOR EM OMBRO ESQUERDO E REGIÃO PELVICA. AO EXAME: EGR, ADM LIMITADA, NEUROVASCULAR OK, COM DOR EM COXA DIREITA E OMBRO ESQ E A PALPAÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA CD: IMOBILIZAÇÃO + ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO ATP + ALTA DA ORTOPEDIA

CID10

S42.0 - Fratura da clavícula

Condição

Em observação

Enfermeiro

Dr. Glauber Novais
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB: 92207 TOTE: 16788

GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA
(CRM: 9220/PB)

Boletim registrado por: RENATA HERCULANO DA SILVA em 21/07/2020 19:32:30

Digitälizado com Cam



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:24:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121712244907800000036219343>

Número do documento: 20121712244907800000036219343

Num. 37973181 - Pág. 22



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Em nome de Humberto Lucena



Santos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, 8/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32185700 - CNES: 2503262

Paciente WELTON FERNANDES GOES	RAE 1247181	Data/Hora Entrada 21/07/2020 19:32:30	Data Baixa
Data de nascimento 05/04/1995	Idade 25a 3m 17d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986097977
Mãe LUZIMAR FERNANDES GOES		CNS	Prontuário
Endereço JEANE DA SILVA CRUZ, 131	Bairro MUÇUMAGRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO	Nº Cons. Regional 4860/PB
Data/Hora Classificação 21/07/2020 19:32:30		Data/Hora Prescrição 21/07/2020 22:50:48	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO NO MOMENTO GLASGOW 15 REFERE DOR EM QUADRIL E EM MMII TC DE CRANIO: SEM EVIDENCIA DE LESÃO INTRACRANIANA RX COLUNA: SEM EVIDENCIA DE FRATURA CD: ANALGESIA + OBS

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H

Diluir

CETOPROFENO 400 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

Conduta

Em observação

Enfermeiro

CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO
(: 4860/PB)

Bolha elaborada por RENATA HERCULANO DA SILVA em 21/07/2020 19:32:30

Digitalizado com Cam
Digitalizado com Cam



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
WELTON FERNANDES GORES

DOC. IDENTIDADE - DATA EMISSÃO DE
4025446 5508 198

CPF
701.670.234-03

DATA NASCIMENTO
05/04/1995

NOMEÇÃO
JOSE FERNANDES DE
SOUZA FILHO
LUIZMAR ANA FERNANDES
GORES DE SOUZA

SEXO
MASCULINO

ACC
AB

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
06404387593

VALIDADE
20/08/2024

1ª HABILITAÇÃO
03/07/2015

OBSERVAÇÕES
EAR:

Wilton Fernandes Gores
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
22/08/2019

Ana
ASSINATURA DO EMISSOR

19946353942
PBO 39538324

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1838557060

PROIBIDO PLASTIFICAR
1838557060

Digitalizado com Cam



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

Nº 015312227572

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD. RENAVAM 1 0022685707-7 00/00000000 2020

NOME
WELTON FERNANDES GOES

CRT/CNPJ
70167023403

PLACA
NQB5827/PB

PLACA ANT/UF
NOVO PB

CHASSI
9C2ND0910AR027334

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/XRE 300

ANO FAB
2010

ANO MOD
2010

CAP/POT/CIL
2 P/291 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA
IPVA PAGO EM 00/00/0000

VENC/COTAS

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO/COTAS
0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

13/05/20

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL
JOAO PESSOA - PB

DATA

21/05/2

41947



Assinado eletronicamente

Digitalizado com Cam





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA WELTON FERNANDES GOES
DATA DO ACIDENTE 23/04/2020 CPF DA VITIMA 701.670.234-03
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM A VITIMA É
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EUCIDES FÉLIX DE CARVALHO
Nº 47 COMPLEMENTO CASA BAIRRO J. CIDADÊ UNIVERSITÁRIA
CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58052-236
E-MAIL
TELEFONE (83) 98651-8367

MAQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXATIDÃO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A DISTINÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () ROLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERENCIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () OMS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXATIDÃO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORVIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OUTRAS
- () NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () OMS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTAL - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DANO) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 1.700,00 (PREVISTO NA LEI 6.194/74). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODTTANISTO.COM.BR OU LIGAR 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA JOÃO PESSOA 23/04/2020 DATA
IDENTIDADE R6 4.025.446 5505 PB NOME
ASSINATURA Wilton Fernando ASSINATURA

Digitalizado com Cam



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275709/20

Vítima: WELTON FERNANDES GOES

CPF: 701.670.234-03

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 21/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WELTON FERNANDES GOES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WELTON FERNANDES GOES : 701.670.234-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/09/2020
Nome: WELTON FERNANDES GOES
CPF: 701.670.234-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/09/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

WELTON FERNANDES GOES

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200349660 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELTON FERNANDES GOES **Data do acidente:** 21/07/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PG. 1.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE
OMBRO ESQUERDO EM GRAU LEVE.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

