



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                 |
|---|---|
| <b>WELTON FERNANDES GOES (AUTOR)</b>                                  | <b>GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br/>DPVAT S.A. (REU)</b> |   |
| <b>ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO<br/>INTERESSADO)</b>      |   |

| Documentos   |                    |   |                   |
|--------------|--------------------|---|-------------------|
| Id.          | Data da Assinatura | Documento   | Tipo              |
| 37973<br>181 | 17/12/2020 12:24   | <a href="#"><u>2773793_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a> | Outros Documentos |

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

---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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 - N° 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 N° 445/2012

5 - Nome completo:

WELTON FERNANDES GOES

6 - CPF:

101.670.234-03

7 - Profissão:

MOTOBOTY

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:

58052-936

15 - E-mail:

16 - TM (DDD):

83198651-8167

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

5

CONTA: 31594

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim  Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (varônzes)?

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

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

JOÃO PESSOA 29/10/2020

\* Welton Fernandes Goes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





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

**DADOS DO ACIDENTE**

|  |   |   |   |  |   |
|--|---|---|---|--|---|
| Nº BOAT<br>0390-2020   | Responsável pelo Levantamento do Acidente:<br><b>GEORGE LUCAS DE MENDONÇA</b> |   |   | Pronto para ser levantado<br><b>SD / PM</b>                              |   |
| Rua. Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:<br><b>Deputado Doca Gadelha - (7 metros)</b> |   | Horas<br><b>19:00</b>   | Estado<br><b>Mangabeira</b>             | Município<br><b>João Pessoa PB</b>                                       |   |
| Data da Ocorrência<br><b>21/07/2020</b>  | Dia da Semana<br><b>Terça-feira</b>   | C.S. Vítima (GT)<br><b>Com / 02</b>                           | Tipo de Acidente<br><b>Col. Lateral</b> | Tipo de pavimento<br><b>Asfalto</b>                                      |   |
| Condições do Tempo<br><b>Bom</b>   | Envolvidos no acidente (Quantidade)<br><b>02 veículos</b>                     |   |   | Controle do tráfego<br><b>Controle do tráfego</b><br>Pista Sentido Duplo |   |
| Nome<br><b>Kelcilon de Souza Pereira Filho</b>   |   | CONDUTOR 01   |   |  |   |
| Endereço<br>Av. Epitácio Pessoa (BEPMOTOS)   |   | Sexo<br><b>Masculino</b>                                      | Nascimento<br><b>25/10/1992</b>         | RG<br><b>3225576</b>   |   |
| 1ª Habilitação<br><b>10/09/2011</b>  | Categoria<br><b>AB</b>  | Registro CNH N.<br><b>05157222866</b>                         | U.F. Ex. média/Dia<br><b>PB Sim</b>     | Data Vencimento<br><b>15/10/2020</b>                                     | Usava cinto<br>Usava Capacete<br><b>- Sim</b> |
| Exame de Embriaguez Alcoólica<br><b>Não Realizado</b>  |   | Destino do Condutor<br><b>Socorrido ao Hospital de Trauma</b> |   |  |   |
| Marca/Modelo<br><b>HONDA / XRE 300</b>   |   | Espécie<br><b>Motocicleta</b>                                 | Placa<br><b>QSD 8733</b>                | Categoria<br><b>Particular</b>   | Município<br><b>João Pessoa PB</b>            |

**QUALITY ALUGUEL DE VEÍCULOS - S.A**

|                     |                                    |                                  |                                      |
|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| Seguradora<br>DPVAT | Bilhete N.<br><b>0114666039720</b> | Renavan N.<br><b>01187148528</b> | Data da Emissão<br><b>09/04/2019</b> |
|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|

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 as 09:45 e declarou que: Trafegava na Via A no sentido Bancários/Mangabeira, quando o V2 que vinha no sentido contrário adentrou na faixa que o V1 seguia, colidindo o V2 no V1.

**CONDUTOR 02**

|                                      |                          |                                 |                      |
|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------|
| Nome<br><b>Velton Fernandes Goes</b> | Sexo<br><b>Masculino</b> | Nascimento<br><b>05/04/1995</b> | RG<br><b>4025446</b> |
|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------|

Endereço  
Rua Euclides Ferreira de Carvalho, nº 77 – Jardim Cidade Universitária - João Pessoa PB – Tel.(083)98609-9777

|                                  |                        |  |                                     |                                      |   |
|----------------------------------|------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Habilitação<br><b>03/07/2015</b> | Categoria<br><b>AB</b> | Registro CNH N.<br><b>007404387580</b> | U.F. Ex. média/Dia<br><b>PB Sim</b> | Data Vencimento<br><b>20/08/2024</b> | Usava cinto<br>Usava Capacete<br><b>- Sim</b> |
|----------------------------------|------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|---|

Exame de Embriaguez Alcoólica  
**Não Realizado**

**VEÍCULO 02**

|  |                               |                          |                                |                                    |                   |
|--|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|
| Marca/Modelo<br><b>HONDA / XRE 300</b> | Espécie<br><b>Motocicleta</b> | Placa<br><b>NQB 5827</b> | Categoria<br><b>Particular</b> | Município<br><b>João Pessoa PB</b> | U.F.<br><b>PB</b> |
|--|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|

Nome do Proprietário  
**Velton Fernandes Goes**

|                     |                                   |                                  |                                      |
|---------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| Seguradora<br>DPVAT | Bilhete N.<br><b>015312227572</b> | Renavan N.<br><b>00226857077</b> | Data da Emissão<br><b>21/05/2020</b> |
|---------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|

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 as 14H:51M

Digitalizado com Cam



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

## VÍTIMA 01

|   |                   |                          |                             |
|---|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Nome<br>Keclilon de Souza Pereira Filho | Sexo<br>Masculino | Nascimento<br>25/10/1992 | Viajava no Veículo Nº<br>01 |
| Endereço<br>----                        |                   |                          |                             |

|                                |                                      |                    |                       |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Condição da Vítima<br>Condutor | Conduzida Para<br>Hospital de Trauma | Usava Cinto<br>--- | Usava Capacete<br>Sim |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------|-----------------------|

## VÍTIMA 02

|   |                   |                          |                             |
|---|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Nome<br>Welton Fernandes Goes   | Sexo<br>Masculino | Nascimento<br>05/04/1995 | Viajava no Veículo Nº<br>02 |
| Endereço<br>Rua Euclides Ferreira de Carvalho, nº 77 – Jardim Cidade Universitária - João Pessoa PB – Tel.<br>(083)98609-7977 |                   |                          |                             |

|                                |                                      |             |                       |
|--------------------------------|--------------------------------------|-------------|-----------------------|
| Condição da Vítima<br>Condutor | Conduzida Para<br>Hospital de Trauma | Usava Cinto | Usava Capacete<br>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 BPTtran para complemento do BOAT.

João Pessoa – PB, 21 de agosto de 2020.

GEORGE LUCAS DE MENDONÇA - SI PM  
Responsável pelo Levantamento

3474-842-2745-7-2020-08-2020-08-2020  
Copia 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)**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**

**BOAT**  
 24/07/2020  
 00

**CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT N° 0390/2020**

|  |                           |   |                                      |                        |              |           |                           |     |     |    |
|--|---------------------------|---|--------------------------------------|------------------------|--------------|-----------|---------------------------|-----|-----|----|
| Marca/Modelo:<br><b>HONDA / XRE 300</b>        | Placa:<br><b>QSD 8733</b> | Responsável pelo Preenchimento:<br><b>SD GEORGE</b> | Data:<br><b>21/07/2020</b>           |                        |              |           |                           |     |     |    |
| <b>DANOS N° V1</b>                             |                           |   |                                      |                        |              |           |                           |     |     |    |
| <b>MOTOCICLETA</b>                             |                           |   |                                      |                        |              |           |                           |     |     |    |
| <b>PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE</b> |                           |   |                                      |                        |              |           |                           |     |     |    |
| Item   | Nome da Peça              | Avaliação   |                                      |                        | Nome da Peça | Avaliação |                           |     |     |    |
|  |                           | Sim   | Não                                  | NA                     |              | Item      | Nome da Peça              | 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        | Elxo traseiro (triciclos) | 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 do 1 a 4    | → DANO DE MÉDIA MONTA   |
| Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 | → DANO DE GRANDE MONTA  |

|   |                           |   |                                      |                        |              |           |                           |     |     |    |
|---|---------------------------|---|--------------------------------------|------------------------|--------------|-----------|---------------------------|-----|-----|----|
| Marca/Modelo:<br><b>HONDA / XRE 300</b>                 | Placa:<br><b>NQB 5827</b> | Responsável pelo Preenchimento:<br><b>SD GEORGE</b> | Data:<br><b>21/07/2020</b>           |                        |              |           |                           |     |     |    |
| <b>DANOS NO V2</b>                                      |                           |   |                                      |                        |              |           |                           |     |     |    |
| <b>MOTOCICLETA</b>                                      |                           |   |                                      |                        |              |           |                           |     |     |    |
| <b>PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE</b>          |                           |   |                                      |                        |              |           |                           |     |     |    |
| Item  | Nome da Peça              | Avaliação   |                                      |                        | Nome da Peça | Avaliação |                           |     |     |    |
|   |                           | Sim   | Não                                  | NA                     |              | Item      | Nome da Peça              | 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        | Elxo traseiro (triciclos) | X   |     |    |
|   |                           |   |                                      | Total Geral (Sim + NA) |              |           | 00                        |     |     |    |
| Observações: DANO DE PEQUENA MONTA                      |                           |   |                                      |                        |              |           |                           |     |     |    |
| <b>AVALIAÇÃO POR DANO:</b>                              |                           |   |                                      |                        |              |           |                           |     |     |    |
| Quantidade de peças estruturais danificadas = 0         | → DANO DE PEQUENA MONTA   |   |                                      |                        |              |           |                           |     |     |    |
| Quantidade de peças estruturais danificadas do 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

REGISTRO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
 Cepa de Conformidade com o Ofício  
 I.M: 04/109/2020  
 ASS

Digitalizado com Cam





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



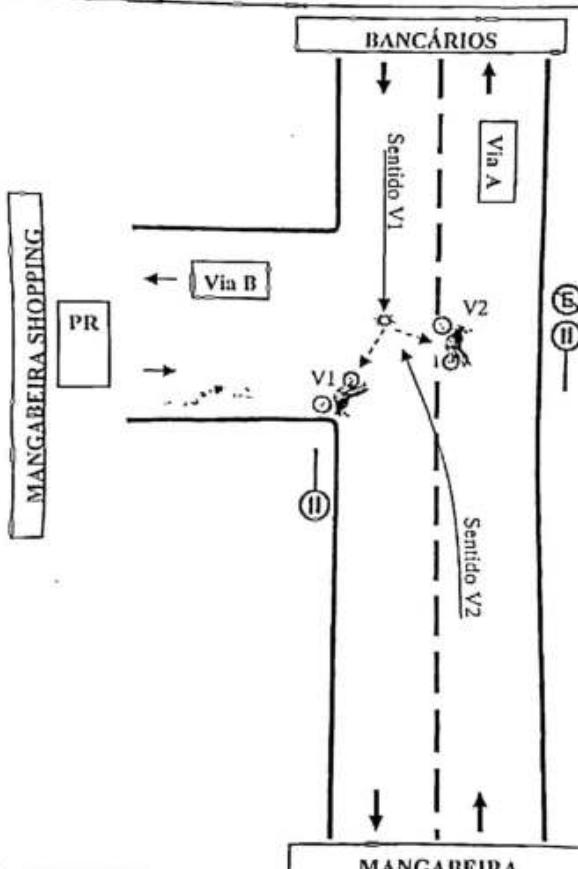
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0390/ 2020

AMARRAÇÕES

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

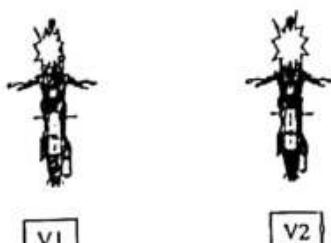
PR (Ponto de Referência) Shopping Mangabeira  
PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Diantero Direito 02.20 e Traseiro Direito 03.30 metros para (PA)  
V2 (Veículo 02) Eixos Diantero Direito 06.30 e Traseiro Direito 05.45 metros para (PA)



O DIBUJO ILUSTRATIVO NÃO OBDECE A ESCALA

AVARIAS



George Lucas de Mendonça Sd PM  
Responsável pelo Levantamento

1  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 10/03/2020  
Assinatura: L.C.

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. 6



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 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  
FM: SUELIO MOREIRA TORRES

George Lucas de Mendonça Sd PM  
Responsável pelo Levantamento

Digitado com Cam



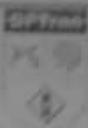
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 12:24:49

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

Número do documento: 20121712244907800000036219343

Num. 37973181 - Pág. 7

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0390/ 2020

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



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

George Lottas de Melo - Sd PM  
Responsável pelo Levantamento

Digitado com CaM





## 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 N° 445/2012

|                    |   |               |                |
|--------------------|---|---------------|----------------|
| 5 - Nome completo: | WELTON FERNANDES GOES   | 6 - CPF:      | 101.670.234-03 |
| 7 - Profissão:     | MOTOBOM   | 8 - Endereço: | 101.670.234-03 |
| 11 - Bairro:       | JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIO   | 12 - Cidade:  | JOÃO PESSOA    |
| 15 - E-mail:       | 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58050-036 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:

RECLUSO 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: 16195 CONTA: 31594   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que 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.

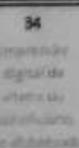
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação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

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

|                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| 23 - Estado civil da vítima:          | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:                                   |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  | 27 - Se a vítima deixou comp. par(a), informar o nome completo: |

|   |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|--|
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (varônzes)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
|---|---|---|---|---|--|

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.



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, 10/10/2020

\* Welton Fernandes Goes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



# 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



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. 10



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



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. 11



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

|                    |                                      |
|--------------------|--------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE   | Welton Fernandes Goes                |
| DATA DE NASCIMENTO | 05/04/95                             |
| NOME DA MÃE        | Luzimara 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 conseguiu movimentar MMII por algia nas coxas, cefaléia, 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)

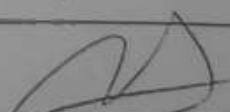
### RESULTADOS DOS EXAMES:

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



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. 12



Secretaria Municipal de Saúde  
POLICLÍNICA MUNICIPAL CRISTO



Sistema  
Único  
de Saúde

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

Digitado com o Cidadão



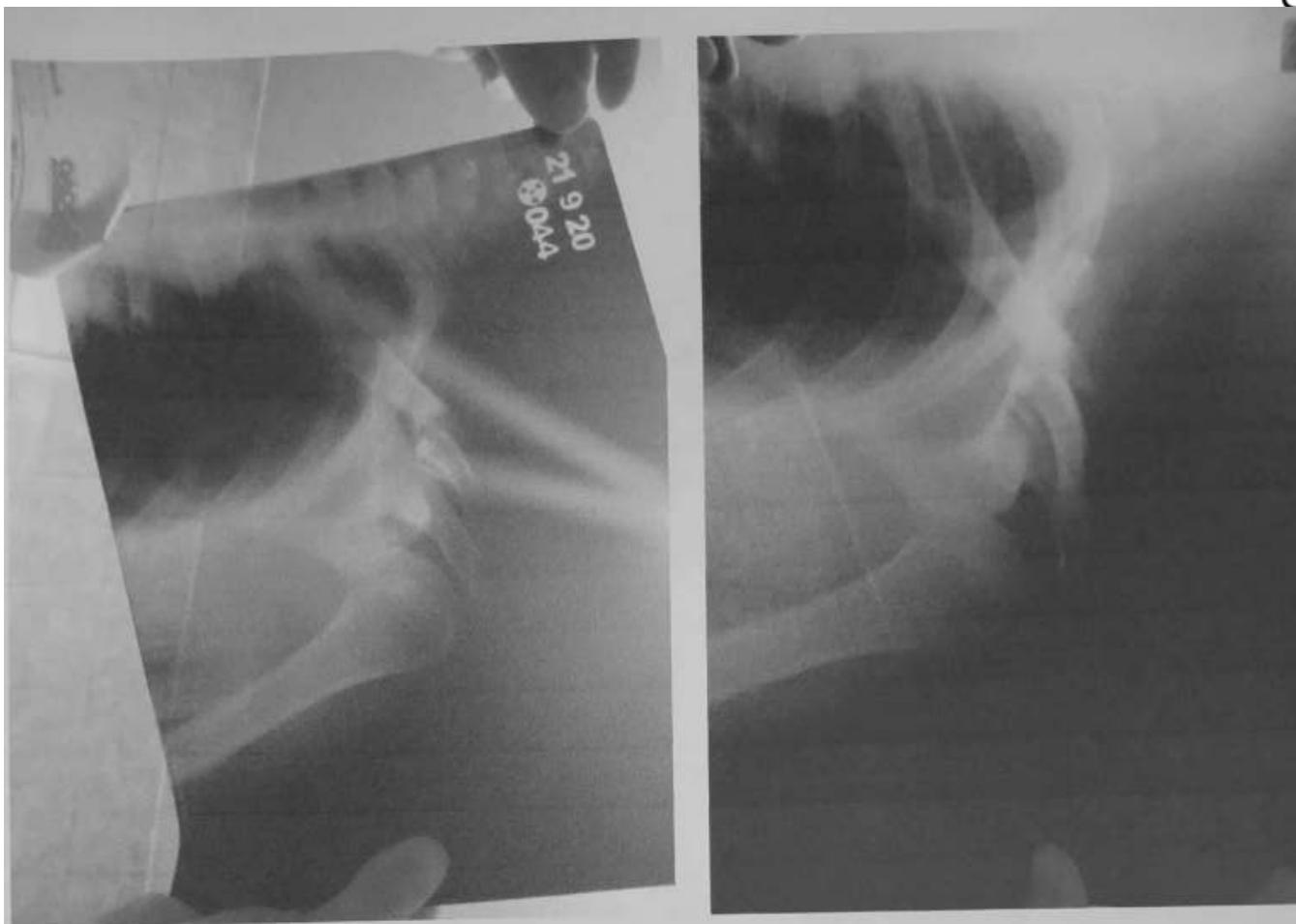


Digitado com Cam



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. 14

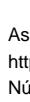


Digitalizado com Cam



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. 15



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. 16



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

[IMed]

11/08

Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Saúde, cidade e natureza

PARAÍBA  
Saúde do Estado

AV. DIOGOS DA SILVA, 60 - PEDRO GONÇALVES - CEP: 58111-270 - Tel: (83) 32185700

Boletim de Atendimento: 1247101



|  |  |                               |                                     |           |        |                    |
|--|--|-------------------------------|-------------------------------------|-----------|--------|--------------------|
| Identificação do paciente  |  |                               |                                     |           |        |                    |
| Id<br>1820246  | Nome<br>WELTON FERNANDES GOEN                    | Sexo<br>Masculino             |                                     |           |        |                    |
| Data de nascimento<br>08/04/1988   | Idade<br>28 anos 3 meses 10 dias                 | Estado civil<br>UNAÇO ESTAVEL | Religião                            |           |        |                    |
| Mae<br>LUZIMAR FERNANDES GOEN  | Endereço   |                               |                                     |           |        |                    |
| E-mail   | Celular<br>83                                    | Telefone<br>08000000000       | Endereço                            |           |        |                    |
| Tipo de documento  | Número documento                                 | NP Civil                      |                                     |           |        |                    |
| Lugar de procedência<br>MANDABI-BA                                       |  | Endereço                      | UF<br>PB                            |           |        |                    |
| E-mail   | Notificação<br>JOÃO PESSOA                       | CEP/UF                        |                                     |           |        |                    |
| Endereço   |  |                               |                                     |           |        |                    |
| CEP<br>58060032  | Município de residência<br>JOÃO PESSOA           | UF<br>PB                      | Logradouro<br>JANEIRO DA SILVA CRUZ |           |        |                    |
| Número<br>131  | Complemento                                      |                               | Unidade<br>MUCUMARO                 |           |        |                    |
| Admissão   |  |                               |                                     |           |        |                    |
| Data e hora<br>21/07/2020 19:32:30                                       | Número da pulseira<br>1000008781580              | Centro de<br>SUS              |                                     |           |        |                    |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL  |  | Clinica                       |                                     |           |        |                    |
| Classificação do caso  |  | Origem<br>IRIA                | do paciente                         |           |        |                    |
| Caráter de atendimento   | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe<br>MOTO               | do paciente<br>MOTO                 |           |        |                    |
| Indicadores e Transporte   |  |                               |                                     |           |        |                    |
| Case patient<br>Não  | Estado de saúde<br>Não                           | Vias de ambulância<br>Não     | Trauma<br>Não                       |           |        |                    |
| Modo de transporte<br>SAMU   | Quem transportou                                 |                               |                                     |           |        |                    |
| Sinais Vitais  |  |                               |                                     |           |        |                    |
| PA   | X mmHg   | P脉                            | Temperatura<br>H3 10xT              |           |        |                    |
| Exames complementares  |  |                               |                                     |           |        |                    |
| Ralo X []  | Banho []   | Urina []                      | TC []                               | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Diagnóstico:   |  |                               |                                     |           |        |                    |
| Grau de lesão: moderado, com lesões ósseas, com hemorragia, sangramento. |  |                               |                                     |           |        |                    |
| Diagnóstico:   |  |                               |                                     |           |        |                    |
| Atendido por<br>RENATA HERCULANO DA SILVA                                |  |                               |                                     |           |        |                    |

[Imprimir]

15 de Julho  
2020

Digitalizado com Cam





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA DIREITAS LISBOA, 811, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593202

|                         |                          |        |                         |                      |                           |                     |                |
|-------------------------|--------------------------|--------|-------------------------|----------------------|---------------------------|---------------------|----------------|
| Paciente                | WELTON FERNANDES GOES    | DAE    | 1247101                 | Data/Hora Entrada    | 21/07/2020 10:32:30       | Data Baixa          |                |
| Data de nascimento      | 03/04/1995               | Idade  | 25n 3m 17d              | Sexo                 | Masculino                 | Telefone de Contato | (83) 986097977 |
| Mkt                     | LUZIMAR FERNANDES GOES   | Unirro | MUÇUMAGRO               | Município            | JOÃO PESSOA               | Prontuário          |                |
| Endereço                | JEANE DA SILVA CRUZ, 131 | Motivo | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissão            | JANSEN HENRIQUES CEZARINO | UF                  | PB             |
| Acidente                | MOTO X MOTO              |        |                         | Data/Hora Prescrição | 21/07/2020 21:46:57       | Nº Cons. Regional   | 11385/PB       |
| Data/Hora Clasificadora | 21/07/2020 10:32:30      |        |                         |                      |                           |                     |                |

**ANAMNESE**

#ORTOPEDIA 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 CLAVÍCULA ESQUERDA CD: IMOBILIZAÇÃO EM B + RX DE CONTROLE

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

**PROCEDIMENTO**

IMOBILIZAÇÃO B

Conduta

Em observação

*Jansen Henriques  
CRM: 11385*

Enfermeiro

JANSEN HENRIQUES CEZARINO  
(CRM: 11385/PB)

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

*Digitado com CaIn*

*Digitado com CaIn*



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



Parecer Médico

|  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| Nome<br>WELTON FERNADES GOES   | Idade<br>25A 3M 16D                    | Prontuário                      |
| Boletim de Atendimento<br>1247161  | Data de Entrada<br>21/07/2020 19:32:30 | Data Internação                 |
| Convênio<br>SUS  | Leito                                  | Permanência na Unidade<br>29min |
|  | Clínica<br>CIRURGIA GERAL              | Permanência no Leito            |
| <b>Parecer médico</b><br>Especialidade<br>NEURO CIRURGIA<br>Profissional<br><b>Motivo da solicitação</b> Data da Solicitação: 21/07/2020 20:01:01<br>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<br>A- VIAS AÉREAS PÉRVIAS, EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA SEM CERVICALGIA . COM LOMBALGIA<br>B- EM AR AMBIENTE . SAT O2 98% , SEM CREPITAÇÃO OU ALGIA À MOBILIZAÇÃO DO TORAX<br>C- SEM SANGRAMENTOS ATIVOS, HEMODINÂMICAMENTE ESTÁVEL<br>D- GLASGOW 14, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES<br>E - NÃO CONSEGUE MOBILIZAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO OU MMII , RELATA TAMBÉM CEFALÉIA, ABDOME LIVRE , INDOLOR À PALPAÇÃO<br><b>Parecer</b> Data de Resposta: |  |                                 |

Digitalizado com Cam





Parecer Médico

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Nome</b><br>WELTON FERNANDES GOES  | <b>Idade</b><br>25A 3M 16D                    | <b>Prontuário</b>                                     |
| <b>Boletim de Atendimento</b><br>1247161  | <b>Data de Entrada</b><br>21/07/2020 19:32:30 | <b>Data Internação</b><br>29min                       |
| <b>Convênio</b><br>SUS  | <b>Leito</b>                                  | <b>Permanência na Unidade</b><br>Permanência no Leito |
| <b>Clínica</b><br>CIRURGIA GERAL  |   |   |
| <b>Parecer médico</b><br><b>Especialidade</b><br>ORTOPEDIA<br><b>Motivo da solicitação</b><br>PACIENTE RELATA TER SIDO VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR ACENTUADA EM CLAVÍCULA ESQUERDA , NÃO CONSEGUE MOBILIZAR OS MEMBROS INFERIORES POR ALGIA NAS COXAS E CEFALÉIA<br>A- VIAS AÉREAS PÉRVIAS, EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA SEM CERVICALGIA , COM LOMBALGIA<br>B- EM AR AMBIENTE . SAT O2 98% , SEM CREPITAÇÃO OU ALGIA À MOBILIZAÇÃO DO TORAX<br>C- SEM SANGRAMENTOS ATIVOS, HEMODINÂMICAMENTE ESTÁVEL<br>D- GLASGOW 14, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES<br>E - NÃO CONSEGUE MOBILIZAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO OU MMII , RELATA TAMBÉM CEFALÉIA, ABDOME LIVRE , INDOLOR À PALPAÇÃO |   |   |
| <b>Parecer</b>  | <b>Data de Resposta:</b>                      |   |

Digitalizado com Cam





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senator Humberto Lucena

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



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

|                          |                         |                             |                     |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Paciente                 | BAE                     | Data/Hora Entrada           | Data Baliza         |
| WELTON FERNANDES GOES    | 1247161                 | 21/07/2020 19:32:30         |                     |
| Data de nascimento       | Sexo                    | CNS                         | Telefone de Contato |
| 05/04/1995               | Masculino               |                             | (83) 986097977      |
| Mãe                      | Bairro                  | Município                   | Prontuário          |
| LUZIMAR FERNANDES GOES   | MUÇUMAGRO               | JOAO PESSOA                 |                     |
| Endereço                 | Motivo                  | Profissional                | UF                  |
| JEANE DA SILVA CRUZ, 131 | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA | PB                  |
| Acidente                 |                         | Data/Hora Prescrição        | Nº Cons. Regional   |
| MOTO X MOTO              |                         | 21/07/2020 23:43:53         | 9220/PB             |
| Data/Hora Classificação  |                         |                             |                     |
| 21/07/2020 19:32:30      |                         |                             |                     |

### ANAMNESE

FOU - CPEDIA PACIENTE VITIMA 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 ATP + ALTA DA ORTOPEDIA

### CID10

S42.0 - Fratura da clavícula

### Conduita

Em observação

*Dr. Gláuber Novais*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB: 9220 / TOT: 16788

Enfermeiro

*GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA*  
(CRM: 9220/PB)

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

Digitado com Câm



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, 8/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32188700 - CNES: 2593282

|                         |                          |                      |                              |  |
|-------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------------|--|
| Paciente                | WELTON FERNANDES GOES    | BAE                  | Data/Hora Entrada            |  |
| Data de nascimento      | 05/04/1995               | 1247181              | 21/07/2020 19:32:30          |  |
| Mae                     | LUZIMAR FERNANDES GOES   | Sexo                 | CNS                          |  |
| Endereço                | JEANE DA SILVA CRUZ, 131 | Bairro               | Município                    |  |
| Akkidente               | MOTO X MOTO              | MUÇUMAGRO            | JOAO PESSOA                  |  |
| Motivo                  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA  | Profissionnl         | CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO |  |
| Data/Hora Classificação | 21/07/2020 19:32:30      | Data/Hora Prescrição | 21/07/2020 22:50:40          |  |

Data Baixa  
Telefone de Contato  
(83) 986097977  
Prontuário  
UF  
PB  
Nº Cons. Regional  
4860/PB

### ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO NO MOMENTO GLASGOW 15 REFERE DOR EM QUADRIL E EM MMII TC DE CRANIO: SEM EVIDENCIA DE LESAO 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

CETOCETOFOENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO  
(: 4860/PB)

Botão: Autografado por RENATA HERCULANO DA SILVA em 21/07/2020 19:32:30





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. 24

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

|  |              |                         |      |
|--|--------------|-------------------------|------|
| DETAN - PB   |              | Nº 015312227572         |      |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO |              |                         |      |
| VIA  | COD. RENAVAM | 20200000156308 - Bicic. |      |
| 1  | 0022685707-7 | 00/0000000              | 2020 |
| NOME   |              |                         |      |
| WELTON FERNANDES GOES                              |              |                         |      |
| CNPJ   |              | PLACA                   |      |
| 70167023403  |              | NQB5827/PB              |      |
| PLACA ANT/UF                                       |              | CHASSI                  |      |
| NOVO PB  |              | 9C2ND0910AR027334       |      |
| ESPECIE TIPO                                       |              | COMBUSTIVEL             |      |
| PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC                            |              | GASOLINA                |      |
| MARCA/MODELO                                       |              | ANO FAB                 |      |
| HONDA/XRE 300                                      |              | 2010                    |      |
| ANO MOD  |              | COR PREDOMINANTE        |      |
| 2010   |              | VERMELHA                |      |
| CAP/POT/CIL  |              | CATEGORIA               |      |
| 2 E/291 CI   |              | PARTIC                  |      |
| COTA UNICA   |              | VENC. COTA UNICA        |      |
| IPVA PAGO EM                                       |              | 00/00/0000              |      |
| VENC/COTAS   |              | FAIXA IPVA              |      |
| 1º   |              | PARCELAMENTO/COTAS      |      |
| 2º   |              | 0                       |      |
| 3º   |              |                         |      |
| PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)                             |              | IOF (R\$)               |      |
| *****  |              | *****                   |      |
| PRÊMIO TOTAL (R\$)                                 |              | DATA DE PAGAMENTO       |      |
| SEGUR  |              | PAGO 13/05/20           |      |
| OBSERVAÇÕES  |              |                         |      |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO                             |              |                         |      |
| DOCUMENTO DE NOME OBRIGATÓRIO                      |              |                         |      |
| NAO VÁLIDO PARA TRÂNSITO                           |              |                         |      |
| LOCAL  |              | DATA                    |      |
| JOAO PESSOA - PB                                   |              | 21/05/20                |      |
| 41947  |              | 20                      |      |

Digitizado com Cam



## IDENTIFICAÇÃO

vítima WELTON FERNANDES GOESDATA DO ACIDENTE 21/07/2020 CPF DA VÍTIMA 703.670.234-03

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTEESCO.COMA VÍTIMA É  ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EUCLIDES FERREIRA DE CRUZALHONº 77 COMPLEMENTO CASA BAIRRO J. CIDADE UNIVERSITÁRIACIDADE João Pessoa UF PB CEP 58052-236E-MAIL TELEFONE (83) 98651-8167

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUTISTAS DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (CÓPIA), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INFILTRIZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS FATOS, BANCAJOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CNH 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 (CÓPIA).
- DOS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VÍTIMA MÉDIO, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- \* NORTE = R\$ 13.500,00
- \* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.360,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ADOÇÃO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.794/74.
- \* DESPESAS MÉDICAS (DAM) = REIMBORSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBORSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROMISSADA.

\* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

\* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

\* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEABAUDTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatseabaudtransito.com.br) OU LIGUE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODA

DATA 10/09/2020 DATA DESENHO R64025446SSD5PBNOME 

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VÍTIMA MÉDIO, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

ASSINATURA Werton FernandesASSINATURA 

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275709/20

**Vítima:** WELTON FERNANDES GOES

**CPF:** 701.670.234-03

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/07/2020

**Titular do CPF:** WELTON FERNANDES GOES

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### 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](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: 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



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. 27

## 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            |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>6,25 %</b> | <b>R\$ 843,75</b>     |

