

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



# 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:  
401.670.234-03

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:  
401.670.234-03

7 - Profissão:

MOTOBOM

8 - Endereço:

RUA EUCLIDES FERREIRA DE CARVALHO 77

9 - Número:  
77

10 - Complemento:  
CASA

11 - Bairro:

JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA

12 - Cidade:

JOÃO PESSOA PB

13 - Estado:

PB

14 - CEP:  
58062-936

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:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)                   | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 1619

5

CONTA: 31594 X

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

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:  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 (varônus)?  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

Impressão 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

40 - Local e Data,

1000 JOÃO PESSOA 29/10/2020

Welton Fernandes Goes

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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

**DADOS DO ACIDENTE**

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

Nome <b>Kelcilon de Souza Pereira Filho</b>		CONDUTOR 01	
Endereço <b>Av. Epitacio Pessoa (BEPMOTOS)</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>25/10/1992</b>	RG <b>3225576</b>

1ª Habilitação <b>10/09/2011</b>	Categoria <b>AB</b>	Registro CNH N. <sup>o</sup> <b>05157222866</b>	U.F. <b>PB</b>	Ex-méd/Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>15/10/2020</b>	Usava cinto -	Usava Capacete <b>Sim</b>
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Não Realizado</b>							

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

Nome do Proprietário <b>QUALITY ALUGUEL DE VEÍCULOS – S.A</b>	Destino do Condutor <b>Socorrido ao Hospital de Trauma</b>
Seguradora <b>DPVAT</b>	
Bilhete N. <sup>o</sup> <b>0114666039720</b>	
Renavam N. <sup>o</sup> <b>01187148528</b>	

Condições do Veículo Antes do Acidente <b>Em boas condições</b>	Data da Emissão <b>09/04/2019</b>
--	--------------------------------------

**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 contrário adentrou na faixa que o V1 seguia, colidindo o V2 no V1.

CONDUTOR 02	
Nome <b>Velton Fernandes Goes</b>	Sexo <b>Masculino</b>
Nascimento <b>05/04/1995</b>	RG <b>4025446</b>

Endereço <b>Rua Euclides Ferreira de Carvalho, nº 77 – Jardim Cidade Universitária - João Pessoa PB – Tel.(083)98609-0777</b>	Destino do Condutor <b>Socorrido ao Hospital de Trauma</b>
--	---

Habilitação <b>03/07/2015</b>	Categoria <b>AB</b>	Registro CNH N. <sup>o</sup> <b>007404387580</b>	U.F. <b>PB</b>	Ex-méd/Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>20/08/2024</b>	Usava cinto -	Usava Capacete <b>Sim</b>
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Não Realizado</b>							

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

Nome do Proprietário <b>Velton Fernandes Goes</b>	Bilhete N. <sup>o</sup> <b>015312227572</b>	Renavam N. <sup>o</sup> <b>00226857077</b>	Data da Emissão <b>21/05/2020</b>
Condições do Veículo Antes do Acidente <b>Em boas condições</b>			

**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:51Min

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

## VÍTIMA 01

Nome <b>Kelcilon de Souza Pereira Filho</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>25/10/1992</b>	Viajava no Veículo Nº <b>01</b>
--	--------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Endereço  
----

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

## VÍTIMA 02

Nome <b>Welton Fernandes Goes</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>05/04/1995</b>	Viajava no Veículo Nº <b>02</b>
--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Endereço  
Rua Euclides Ferreira de Carvalho, nº 77 – Jardim Cidade Universitária - João Pessoa PB – Tel. (083)98609-7977

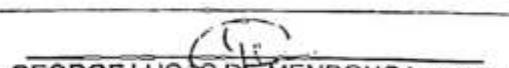
Condição da Vítima <b>Condutor</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Trauma</b>	Usava Cinto ---	Usava Capacete <b>Sim</b>
---------------------------------------	---	--------------------	------------------------------

## 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 BPTran para complemento do BOAT.

João Pessoa – PB, 21 de agosto de 2020.

  
**GEORGE LUCAS DE MENDONÇA-SD PM**  
 Responsável pelo Levantamento

34748426784572085402-327716430  
 Cópia de Conformidade com o Original  
 EM: 04/09/2020





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

0070000  
0000000  
00

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0300/2020

DANOS NO V1					
Marcas/Modelo: <b>HONDA / XRE 300</b>	Placa: <b>QSD 8733</b>	Responsável pelo Preenchimento: <b>SD GEORGE</b>	Data: <b>21/07/2020</b>		
<b>MOTOCICLETA</b>					
<b>PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE</b>					
Item	Nome da Peça	Avaliação	Item	Nome da Peça	Avaliação
01	Garfo dianteiro	Sim	05	Chassi	Sim
02	Mesa superior da suspensão dianteira	X	06	Garfo traseiro	X
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	X	07	Eixo traseiro (triciclos)	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					
Marcas/Modelo: <b>HONDA / XRE 300</b>	Placa: <b>NQB 5827</b>	Responsável pelo Preenchimento: <b>SD GEORGE</b>	Data: <b>21/07/2020</b>		
<b>MOTOCICLETA</b>					
<b>PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE</b>					
Item	Nome da Peça	Avaliação	Item	Nome da Peça	Avaliação
01	Garfo dianteiro	X	05	Chassi	Sim
02	Mesa superior da suspensão dianteira	X	06	Garfo traseiro	X
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	X	07	Eixo traseiro (triciclos)	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

BALANÇO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Ofício  
EM: 04/09/2020

ASSINATURA



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

BPTtran

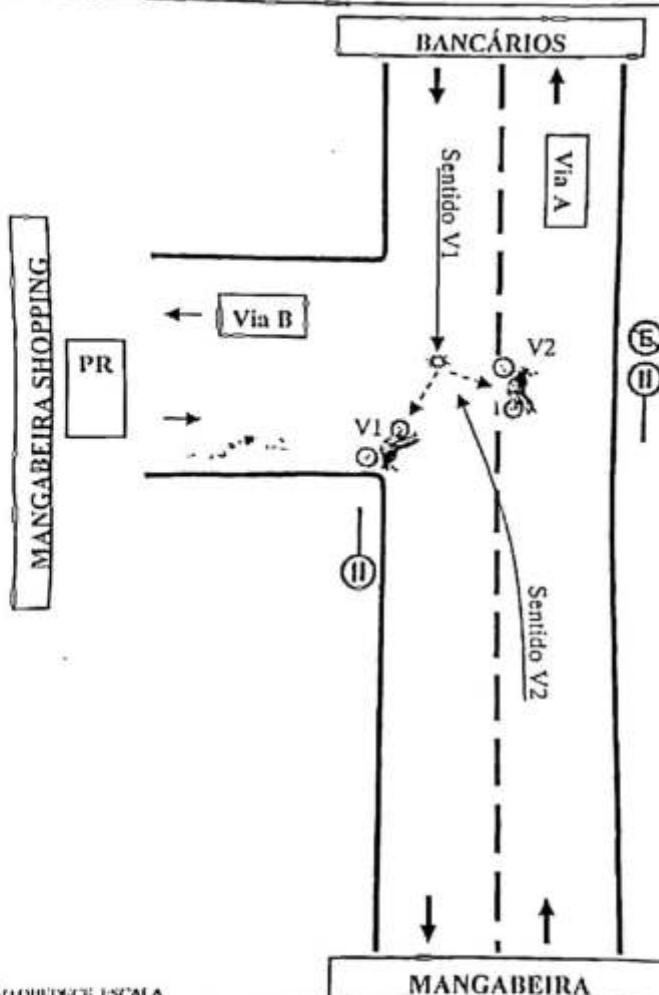
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0390/ 2020

AMARRAÇÕES

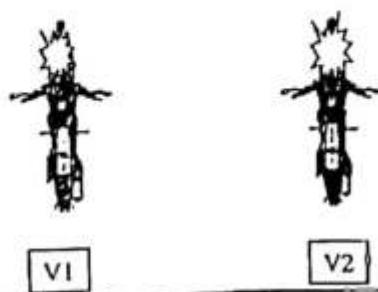
VIA "A" - Rua Dep. Doca Gadella 07,00metros

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)



A VARIAS



V1

V2

George Lucas de Mendonça Sd PM  
Responsável pelo Levantamento

1  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 09/03/2020



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)

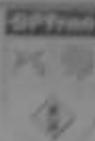


BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 2020-03-20  
Assinatura: [Signature]

George Lucas de Mendonça Sú PM  
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRM / CPR-6)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 03590/ 2020

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



George Lucas de Melo Lima  
Assistente de Investigação  
Assinatura

George Lucas de Melo Lima  
Assinado pelo Locomotiva

# 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:	AV. EUCLIDES FERREIRA DE CARVALHO 77
9 - Número:		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 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  1619 CONTA:  31594 X

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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 discordo 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 companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

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

impressão digital da vítima, ou  
assinatura, caso alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

10/00, PESSOA 09/10/2020

\* Welton Fernandes Goes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

NÃO ALFABETIZADO

# 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





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	Luzímar 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 MMIII 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 S).

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



Secretaria Municipal de Saúde  
POLICLÍNICA MUNICIPAL CRISTO



**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

21920  
044



Digitalizzati con Cam

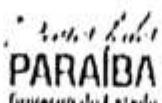


21/07/2020

(IMed)

**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Centro de Atendimento ao Trauma

AV. DIRETOR LIMA DUARTE - PEDRO GONÇALVES - CEP: 58110-000 - Tel: 0800 112180700



Boletim de Atendimento 1247101



<b>Identificação do paciente</b>						
ID 1820246	Nome WILTON FERNANDES GOES					
Data de nascimento 08/04/1988	Idade 28 anos 3 meses 16 dias	Raça Civil UNAO ESTAVEL	Sexo Masculino			
Mae CLIZIMAR FERNANDES GOES	Religião Pai NAO INFORMADO					
Familiares	Nível (Parentesco) PROSO / A PEREIRA DE ARAUJO - ESPOSO(A)					
DDD Celular 83	Celular 09999999999	Telefone				
DDD do documento	Número documento	Nº Cns				
Endereço de residência MANAUS-AM	Endereço JOAO PESSOA					
E-mail	Número DABIBIO					
<b>Endereço</b>						
CNPJ 360666032	Município da residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JANEIRO DA SILVA CRUZ			
Número 131	Complemento	Bairro MUCUMARO				
<b>Admissão</b>						
Data e hora 21/07/2020 19:32:30	Número da pulseira <b>1000008781580</b>	Conselho SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação do risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhamento paciente MOTO X MOTO				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caixa policial Não	Estado da unidade Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não			
Modo de transporte SAMU	Quem transportou					
<b>Sinais Vitais</b>						
PA	X mmHg	P脉	Temperatura HS HxT			
<b>Exames complementares</b>						
Raio X [ ]	Banque [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Diagnóstico:						
Procurante com lesões ócias! Motociclista, acidente envolvendo uma caminhonete, negar alergia.						
Diagnóstico:						
Atendido por RENATA HERCULANO DA SILVA						

[Imprimir]

IS Andreia  
M.

Endereço: RUA DIREITAS LISBOA, 811, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32865700 - CNES: 2593262

Paciente		DAE	Data/Hora Entrada	
<b>WELTON FERNANDES GOES</b>		<b>1247101</b>	<b>21/07/2020 19:32:30</b>	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNR	
03/04/1995	26a 3m 17d	Masculino		
Mma				
<b>LUZIMAR FERNANDES GOES</b>				
Endereço		Bairro	Município	
JEANE DA SILVA CRUZ, 131		MUÇUMAGRO	JOÃO PESSOA	
Acidente	Motivo		Profissional	
<b>MOTO X MOTO</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		<b>JANSEN HENRIQUES CEZARINO</b>	
Data/Hora Classificação			Data/Hora Prescrição	
21/07/2020 10:32:30			21/07/2020 21:46:57	

Data Baixa  
Telefone de Contato  
(83) 986097977  
Prontuário  
UF  
PB  
Nº Cons. Regional  
11385/PB

### ANAMNESE

DORTOPEDIA 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



Parecer Médico

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

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 MMII , RÉLATA TAMBÉM CEFALÉIA, ABDOME LIVRE , INDOLOR À PALPAÇÃO	
Parecer	Data de Resposta:

### Parecer Médico

<b>Nome</b> WELTON FERNADES GOES	<b>Idade</b> 25A 3M 16D	<b>Prontuário</b>
<b>Boletim de Atendimento</b> 1247161	<b>Data de Entrada</b> 21/07/2020 19:32:30	<b>Permanência na Unidade</b> 29min
<b>Convênio</b> SUS	<b>Leito</b>	<b>Permanência no Leito</b>
<b>Parecer médico</b>		
<b>Especialidade</b> ORTOPEDIA	<b>Profissional</b>	
<b>Motivo da solicitação</b> 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	<b>Data da Solicitação:</b> 21/07/2020 20:01:20	
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 CEFALÉIA, ABDOME LIVRE , INDOLOR À PALPAÇÃO		
<b>Parecer</b>	<b>Data de Resposta:</b>	





# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Paciente	WELTON FERNANDES GOES	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
Data de nascimento	Idade	1247161	21/07/2020 19:32:30	
05/04/1995	25a 3m 17d	Sexo	CNS	
Mãe		Masculino		
LUZIMAR FERNANDES GOES				
Endereço	JEANE DA SILVA CRUZ, 131	Bairro	Município	UF
Acidente	MOTO X MOTO	MUÇUMAGRO	JOÃO PESSOA	PB
Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA	Nº Cons. Regional
Date/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		9220/PB
21/07/2020 19:32:30		21/07/2020 23:43:53		

## ANAMNESE

PORTUGÊS 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

## Conselho

Em observação

Enfermeiro

GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA  
(CRM: 9220/PB)

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

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



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Sociedade Brasileira de Trauma

Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISDOA, 8/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Paciente <b>WELTON FERNANDES GOES</b>	BAE <b>1247181</b>	Data/Hora Entrada <b>21/07/2020 19:32:30</b>	Data Belha
Data de nascimento <b>05/04/1995</b>	Idade <b>25a 3m 17d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 986097977</b>
Mãe <b>LUZIMAR FERNANDES GOES</b>	Bairro <b>MUÇUMAGRO</b>	Município <b>JOÃO PESSOA</b>	Prontuário
Endereço <b>JEANE DA SILVA CRUZ, 131</b>	Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Profissional <b>CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>21/07/2020 19:32:30</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Data/Hora Prescrição <b>21/07/2020 22:50:40</b>	Nº Cons. Regional <b>4860/PB</b>

### 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

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

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

**CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO**  
(: 4860/PB)

Aut. ... rado por RENATA HERCULANO DA SILVA em 21/07/2020 19:32:30



DETRAN - PB

Nº 015312227572

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

LACRE

VIA

COD. RENAVAP

P 202000000156308

1

0022685707-7

00/00000000

2020

NOME

WELTON FERNANDES GOES

0047223006

CNPJ/CNPJ

70167023403

PLACA

NQB5827/PB

PLACA ANT/UF

NOVO PB

CHASSI

F9C2ND0910AR027334

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

VENC. COTA UNICA

VENC/COTAS

I  
P  
V  
A

FAIXA IPVA

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO/COTAS

1º

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

13/05/20

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATÓRIA

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

0

JOAO PESSOA-PB

LOCAL

DATA

21/05/20

41947



20

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO

vítima WELTON FERNANDES GOESDATA DO ACIDENTE 23/10/2020 CPF DA VÍTIMA 403.670.234-03

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR A VÍTIMA(  ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COMA VÍTIMA É ✓(  ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COMENDEREÇO DO PORTADOR RUA EUCLIDES FERREIRA DE CARVALHO(  ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COMNº 77 COMPLEMENTO CASA BAIRRO 4. CIDADE UNIVERSITÁRIA(  ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COMCIDADE João Pessoa UF PB CEP 58052-236(  ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COME-MAIL (  ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COMTELEFONE (83) 98661-8167(  ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
  - CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÍCIO DE NASCIMENTO OU CERTÍCIO 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 IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE ALIENAÇÃO DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONFIRME A DISTINÇA DA VÍTIMA DEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
  - BOLETIM 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)
  - DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉDIO DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍCIO DE NASCIMENTO OU CERTÍCIO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)
- OBS: REPRESENATANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉDIO DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- \* MORTE : R\$ 13.500,00
  - \* INVALIDEZ PERMANENTE : ATÉ R\$ 1.150,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - \* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) : REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). 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 FORMULARIO
- \* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GATTO SAC DPVAT 0800 622 1204

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

**ID**

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÍCIO DE NASCIMENTO OU CERTÍCIO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CERTÍCIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROMISSOS FÔRIGENAS E LEGÍVEIS DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- NOTAS FISCAIS (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPAHADAS DO RESPECTIVO RECIBUÍDO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM CONFIABILIDADE DOS DADOS BANCÁRIOS, Tais como CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍCIO DE NASCIMENTO OU CERTÍCIO DE CASAMENTO OU CARTERA 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 (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE  
João Pessoa 29/09/2020

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 26/10/2020IDENTIDADE R64-025-4465505/PBNOME Welson Fernandes GóesASSINATURA Welson Fernandes GóesASSINATURA Welson Fernandes Góes

# 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

# 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>