

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200349660

Vítima: WELTON FERNANDES GOES

Data do Acidente: 21/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), WELTON FERNANDES GOES**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **WELTON FERNANDES GOES**

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

Banco: **001**

Agência: **000001619-5**

Conta: **000010031594-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

101.670.234-03

WELTON FERNANDES GOES

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

5 - Nome completo:

WELTON FERNANDES GOES

CPF: 101.670.234-03

7 - Profissão:

MOTOBOY

8 - Endereço:

RUA EUCLIDES FERREIRA DE CARVALHO 77

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA

12 - Cidade:

JOÃO PESSOA

13 - Estado:

14 - CEP:

58052-236

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(83) 98651-8167

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1619 5

CONTA:

31594 X

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

JOÃO PESSOA 30/09/2020

\* Welton Fernandes Goes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0390- 2020	Responsável pelo Levantamento do Acidente: GEORGE LUCAS DE MENDONÇA	Pista Sentido Duplo					
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Deputado Doca Gadelha - (7 metros)		Hora 19:00	Bairro Mangabeira	Município João Pessoa	UF PB		
Data da Ocorrência 21/07/2020	Dia da Semana Terça-feira	C/S Vítima (QT) Com / 02	Tipo de Acidente Col. Lateral	Tipo de pavimento Asfalto	Estado da Pista Seca		
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos		Controle do tráfego Pista Sentido Duplo				
Nome Kelcilon de Souza Pereira Filho			CONDUTOR 01				
Endereço Av. Epitácio Pessoa (BEPMOTOS)			Sexo Masculino	Nascimento 25/10/1992	RG 3225576		
1ª Habilitação 10/09/2011	Categoria AB	Registro CNH N.º 05157222866	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 15/10/2020	Usava cinto -	Usava Capacete Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Não Realizado			Destino do Condutor Socorrido ao Hospital de Trauma				
Marca/Modelo HONDA / XRE 300			VEÍCULO 01				
Nome do Proprietário QUALITY ALUGUEL DE VEÍCULOS - S.A			Espécie Motocicleta	Placa QSD 8733	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 0114666039720	Renavan N.º 01187148528	Data da Emissão 09/04/2019				
Condições do Veículo Antes do Acidente Em boas condições							

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor foi ouvido no setor de Boat no dia 31/08/2020 às 09:45 e declarou que: Trafegava na Via A no sentido Bancários/Mangabeira, quando o V2 que vinha no sentido contrario adentrou na faixa que o V1 seguia, colidindo o V2 no V1.

CONDUTOR 02							
Nome Velton Fernandes Goes	Sexo Masculino	Nascimento 05.04/1995	RG 4025446				
Endereço Rua Euclides Ferreira de Carvalho, nº 77 - Jardim Cidade Universitária - João Pessoa PB - Tel.(083)98609-077							
Habilitação 03/07/2015	Categoria AB	Registro CNH N.º 007404387580	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 20/08/2024	Usava cinto -	Usava Capacete Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Não Realizado			Destino do Condutor Socorrido ao Hospital de Trauma				
Marca/Modelo HONDA / XRE 300			VEÍCULO 02				
Nome do Proprietário Velton Fernandes Goes			Espécie Motocicleta	Placa NQB 5827	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 015312227572	Renavan N.º 00226857077	Data da Emissão 21/05/2020				
Condições do Veículo Antes do Acidente Em boas condições							

VERSÃO DO CONDUTOR 02

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

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

## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 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 Vitima <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 <b>Rua Euclides Ferreira de Carvalho, nº 77 – Jardim Cidade Universitária - João Pessoa PB – Tel. (083)98609-7977</b>			
Condição da Vitima <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

3474547 DE TRANSPORTES Nº 0000-433  
Cópia de Conformidade com o Original  
Em: 04/09/2020





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

Divisão  
2020  
(6)

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

Marca/Modelo:		Placa:		Responsável pelo Preenchimento:		Data:			
HONDA / XRE 300		QSD 8733		SD GEORGE		21/07/2020			
MOTOCICLETA									
PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE									
Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclo)		X	
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA)			00	
Observações: DANO DE PEQUENA MONTA									
AVALIAÇÃO POR DANO:									
Quantidade de peças estruturais danificadas = 0				-> DANO DE PEQUENA MONTA					
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4				-> DANO DE MÉDIA MONTA					
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4				-> DANO DE GRANDE MONTA					

Marca/Modelo:		Placa:		Responsável pelo Preenchimento:		Data:			
HONDA / XRE 300		NOB 5827		SD GEORGE		21/07/2020			
MOTOCICLETA									
PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE									
Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (triciclo)		X	
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA)			00	
Observações: DANO DE PEQUENA MONTA									
AVALIAÇÃO POR DANO:									
Quantidade de peças estruturais danificadas = 0				-> DANO DE PEQUENA MONTA					
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4				-> DANO DE MÉDIA MONTA					
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4				-> DANO DE GRANDE MONTA					

João Pessoa - PB, 21 de agosto de 2020.

GEORGE LUCAS DE MENDONÇA - SD PM  
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 04/09/2020  
ASS: [assinatura]



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



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0390/ 2020

AMARRAÇÕES

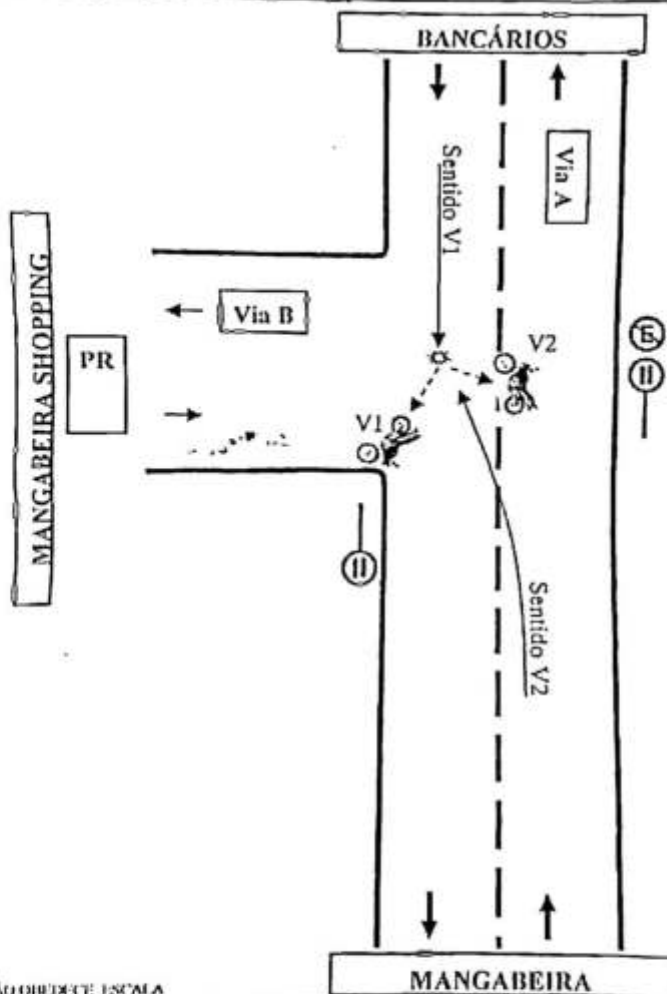
VIA "A" - Rua Dep. Doca Gadella 07,00 metros

PR (Ponto de Referência) Shopping Mangabeira

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

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

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



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO REDUZE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

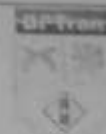
George Lucas de Mendonça Sd PM  
Responsável pelo Levantamento

Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 04.03.2020





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0390/ 2020

FOTOS DO V1

FRONTAL (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)

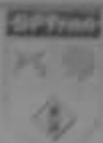


BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 04/03/2020

George Lucas de Mendonça Sd PM  
Responsável pelo Levantamento



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0390/ 2020

FOTOS DO V2

FRONTAL (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



George Lucas de Mendonça Sd PM  
Boatmanável pelo Lavamantida

George Lucas de Mendonça Sd PM  
Boatmanável pelo Lavamantida



# 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:

701.670.234-03

4 - Nome completo da vítima:

WELTON FERNANDES GOES

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

5 - Nome completo:

WELTON FERNANDES GOES

701.670.234-03

7 - Profissão:

MOTOBOY

8 - Endereço:

RUA EUCLIDES FERREIRA DE CARVALHO

9 - Número:

77

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA

12 - Cidade:

JOÃO PESSOA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58052-236

15 - E-mail:

(83) 98651-8167

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1619 5

CONTA: 31594 X

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a nascos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou representante legal

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

JOÃO PESSOA 30/10/2020

\* Welton Fernandes Goes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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



CTC RECIFE PE PL7

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

00610623



Postagem : 15/09/2020

Vencimento: 25/09/2020



72131950691910400000

30150920



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

### DADOS EXTRAÍDOS

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

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com dor em clavícula esquerda, não consegue movimentar MMII por algia nas coxas, 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



**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

21 9 20  
0044









## Abstract

11/10/83

\* available through web browser

AV, OBERLIN COLLEGE, 1000 N. PERRY ST., OBERLIN, OHIO 44657-1212, TEL: 419/332-1857/00

Holstein da Atacadimento: 1247 lotes



**PARAÍBA**  
furnace steel works

<b>Identificação do paciente</b>					
Id 1820246	Nome <b>WEL TON FERNANDES GOMES</b>			Sexo <b>Masculino</b>	
Data de nascimento 08/04/1998	Idade 26 anos 3 meses 18 dias		Estado civil <b>UNAO ESTAVEL</b>	Religião <b>Pentecostal</b>	
Mãe <b>LUIZMARE FERNANDES GOMES</b>			Pai <b>NAO INFORMADO</b>		
Endereço atual			Residência atual (diferente da)		
			<b>FURCO APARELHA DE ARAUJO - ESPOSO(A)</b>		
CNPJ/Celular 83	Celular 988007077		CPF		Telefone
Tipo de documento	Número do documento		Data		
Local de residência <b>MANAUAÍ-PA</b>			Tipo <b>DABHO</b>		Outro <b>PII</b>
Etnia	Naturalidade <b>JOAO PENHA</b>		CBO		
<b>Endereço</b>					
CEP 56066032	Município de residência <b>JOAO PENHA</b>		UF <b>PI</b>	Logradouro <b>JFANE DA SILVA CRUZ</b>	
Número 131	Complemento		Bairro <b>MUCIMACRO</b>		
<b>Admissão</b>					
Data e Hora 21/07/2020 19:32:30	Número da consulta <b>1000008781580</b>		Convênio <b>SUS</b>		
Especialidade <b>QUIRURGIA GERAL</b>	Clínica				
Classificação de risco			Origem do paciente <b>RUA</b>		
Caráter do atendimento		Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>MOTO X MOTO</b>		
<b>Indicadores de Transporte</b>					
Caso policial <b>Não</b>	Tipo de ambulância <b>Não</b>		Via de ambulância <b>Não</b>	Trauma <b>Não</b>	
Meio de transporte <b>SAMU</b>		Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>					
TA ____ x ____ mmHg	Pulso		Temperatura <b>HS HGT</b>		
<b>Exames complementares</b>					
Raios X [ ]	B sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]
Ultrassonografia [ ]					
Depos. e impressões <b>Paciente vítima acidentado, vítima de trauma na cabeça, sem alteração.</b>					
Diagnóstico					
Atendido por <b>RENATA FERREIRA ANDRADE SILVA</b>					
Assinatura					

importante
------------

15 *Arundin*  
Ch



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Genésio Humberto Lucena



*Sumos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORIENTES LIBBOA, 8/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNE5: 2593202

Paciente <b>WELTON FERNANDES GÖES</b>	DAE <b>1247161</b>	Data/Hora Entrada <b>21/07/2020 19:32:30</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>05/04/1995</b>	Idade <b>25a Jm 17d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988097977</b>
Mãe <b>LUZIMAR FERNANDES GÖES</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>JEANE DA SILVA CRUZ, 131</b>	Bairro <b>MUÇUMAGRO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JANSEN HENRIQUES CEZARINO</b>	Nº Cons. Regional <b>11385/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>21/07/2020 19:32:30</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/07/2020 21:46:57</b>	

## 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 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

Digitizado com Cam

Digitizado com Cam



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



*Seus todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

**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>Clínica</b> CIRURGIA GERAL	

**Parecer médico**

<b>Especialidade</b> NEURO CIRURGIA	<b>Profissional</b>
<b>Motivo da solicitação</b> <b>Data da Solicitação:</b> 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 CEFALEIA	
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>

*[Assinatura]*  
Dr. Vitor Sobrinho





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



*Semas Todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

**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>Clínica</b> CIRURGIA GERAL	

**Parecer médico**

<b>Especialidade</b> ORTOPEDIA	<b>Profissional</b>
<b>Motivo da solicitação</b> <b>Data da Solicitação:</b> 21/07/2020 20:01:20 PACIENTE RELATA TER SIDO VITIMA DE DE QUEDA DE MOTO COM DOR ACENTUADA EM CLAVÍCULA ESQUERDA ,NÃO CONSEGUE MOBILIZAR OS MEMBROS INFERIORES POR ALGIA NAS COXAS E CEFALEIA	
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 CEFALEIA, ABDOME LIVRE , INDOLÓR À PALPAÇÃO	
<b>Parecer</b>	<b>Data de Resposta:</b>

*[Handwritten signature]*  
Dr. Luiz  
[Illegible text]



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



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

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

Paciente <b>WELTON FERNANDES GOES</b>	BAE <b>1247161</b>	Data/Hora Entrada <b>21/07/2020 19:32:30</b>	Data Baixa
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>		CNS	Prontuário
Endereço <b>JEANE DA SILVA CRUZ, 131</b>	Bairro <b>MUÇUMAGRO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA</b>	Nº Cons. Regional <b>9220/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>21/07/2020 19:32:30</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/07/2020 23:43:53</b>	

## ANAMNESE

ORTOPEDIA 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 RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA CD: IMOBILIZAÇÃO + ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO ATP + ALTA DA ORTOPEDIA

## CID10

S42.0 - Fratura da clavícula

## Condição

Em observação

Enfermeiro

Dr. Glauber Novais  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB: 9220 / TOTE: 16788

GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA  
(CRM: 9220/PB)

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



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Smelter Humberto Lucena



*Sempre todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Paciente  
**WELTON FERNANDES GOES**

RAE  
**1247161**

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

Data Baixa

Data de nascimento  
**05/03/1995**

Idade  
**25a 3m 17d**

Sexo  
**Masculino**

CNS

Telefone de Contato  
**(83) 986097977**

Mãe  
**LUZIMAR FERNANDES GOES**

Prontuário

Endereço  
**JEANE DA SILVA CRUZ, 131**

Bairro  
**MUCUMAGRO**

Município  
**JOAO PESSOA**

UF

Acidente  
**MOTO X MOTO**

Motivo  
**ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

Profissional  
**CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO**

Nº Cons. Regional  
**4860/PB**

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

Data/Hora Prescrição  
**21/07/2020 22:50:48**

## ANAMNESE

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

## MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

Diluir

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

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

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

Bol. registrada por RENATA HERCULANO DA SILVA em 21/07/2020 19:32:30



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



PB

1838557060

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME

NELTON FERNANDES GONS

DOC IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR

4023446 SSDB PB

CNP

701.670.234-03

DATA NASCIMENTO

05/04/1993

FILIAÇÃO

JOSE FERNANDES DE  
SOUZA FILHO  
LUIZMAR ANA FERNANDES  
GONS DE SOUZA

SEXO

ACD

CATEGORIA

AB

Nº REGISTRO

06404387598

VALIDADE

20/08/2024

1ª EMISSÃO

03/07/2015

OBSERVAÇÕES

EAR:

*Walton Fernandes Gons*

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

22/08/2019

*Anelke*

19946553942

19039538324

PARAIBA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

Nº 015312227572  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME  
WELTON FERNANDES GÖES

CRT/CNPJ  
70167023403

PLACA  
NQB5827/PB

PLACA ANT/UF  
NOVO PB

CHASSI  
9C2ND0910AR027334

ESPÉCIE TIPO  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL  
GASOLINA

MARCA/MODELO  
HONDA/XRE 300

ANO FAB  
2010

ANO MOD  
2010

CAP/POT/CIL  
2 P/291 /CI

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA  
IPVA PAGO EM 00/00/0000

VENC/COTAS  
1º

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS  
\*\*\*\*\* 0

2º  
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 13/05/20

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0

LOCAL  
JOAO PESSOA-PB

DATA

21/05/2

41947

Assinatura

2



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA WELTON FERNANDES GÓES

DATA DO ACIDENTE 23/04/2020 CPF DA VITIMA 703.670.234-03

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VITIMA

( ) REPRESENTANTE LEGAL CUID PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EUCLIDES FELICIANA DE CRUZEIRO

Nº 47 COMPLEMENTO CASA

BAIRRO J. CIDADÊ UNIVERSITÁRIA

CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58052-286

E-MAIL TELEFONE (83) 98651-8167

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

#### VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 11.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDENTE 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 E 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 FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1304

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA JOÃO PESSOA 29/09/2020

DATA

IDENTIDADE PB 4.025.4465505/PB

NOME

ASSINATURA Wilton Fernando

ASSINATURA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0275709/20

**Vítima:** WELTON FERNANDES GOES

**CPF:** 701.670.234-03

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

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

**Titular do CPF:** WELTON FERNANDES GOES

**CPF de:** Próprio

## 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75