

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO EWERTON CORREIA DE PAIVA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000003941938-0

Nr. da Autenticação 95A3FE5B678D9FC1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200445641 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO EWERTON CORREIA DE PAIVA **Data do acidente:** 26/09/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REGULARIZAÇÃO DO COTO). ALTA.
P 3.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

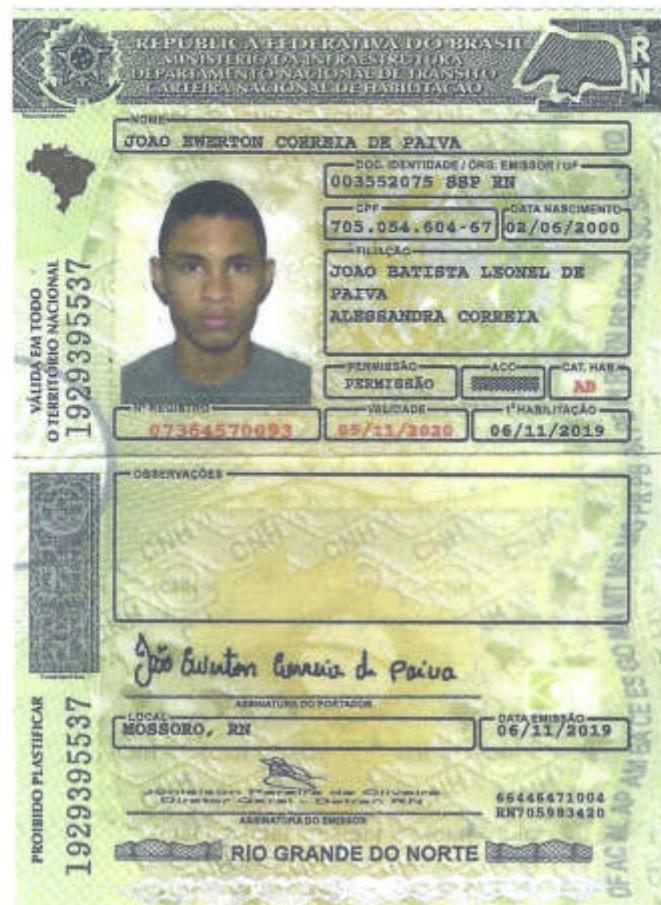
Documentos complementares:

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO N° 287

Mossoró 07 de Outubro de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **JOAO EWERTON CORREIA PAIVA, 20 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Moto

Data da Ocorrência: 26/09/2020

Local da ocorrência: Rua: Juvenal Lamartine, Bom Jardim próximo ao Colégio Felício de Moura.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 02

Hora do Chamado: 19h 22min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima apresentando lesões superficiais pelo corpo, foi submetida a imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró**.

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **João Ewerton Correia Paiva, 20 anos, portador de RG: 003.552.075.**

Estamos à disposição para mais informações.


Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró


Dra. Dixon F. Medeiros Lima
Dir. SAMU
Matr. 405418-4
CRM/EN 3917

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-4
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente:66152 - JOAO EWERTON CORREIA DE PAIVA (20 a 3 m 24 d)

Nascimento: 02/06/2000 Natural: MOSSORO.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: CPF: 70505460467 Prof:
Mãe: ALSSANDRA CORREIA Pai: JOAO BATISTA LEONEL DE PAIVA
Logradouro: FRANCISCO SALES, 1
CEP: 59619148 Bairro: ABOLICAO I Cidade: MOSSORO
Telefone: 84.87621434 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO **Tipo:** REGULADO
Origem: SAMU RN ***Empresa:**

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VITIMA DE COLISAO MOTO/MOTO TRAUMA EM MSE E ESCORIACOES CONSCIENTE EM AR AMBIENTE

Dt e Hora: 10:00

It e Hora: 16:00 Paciente JUNIOR DE ALCANTARA, Motox 1000 na APROX 1 HORA, refere dor em Vértebras superiores. Nega perda de CONSCIÊNCIA, Nausa e VÔMITO. Nega VITIMA. Usava CAPACETE. Trazeu em protocolo do CAMU.

- ④ RASAS REFLATAS DIFUSAS VERMELHINAS, SEM CERCA LIGA
 - ④ NW 0, BILATERAL, DE ÁRICE À GÁSSE, SEM RA; TÓXIC INOLOR À PALPAÇÃO
 - ④ HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL; ANÓRME FÚCICO, INOLOR À PALPAÇÃO
 - ④ ECO- US: RUBRUS (SOCOMIOS) E FOCO INFECCIOSO
 - ④ ECTOMOCÍTE EM NINOS E NW; CETO CONCENTRADA EM 5º (RÓDICO), QUINODÍCTILO ESQUINICO

Diagn. Inicial:

Assin:

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID: _____ Broc. _____ Data: _____ / _____ /20____ Hr: _____ Médico: _____

*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 26 de Setembro de 2020.
Corimba

(Assinar e

26/09/2020 ~~#Ortopediatr~~

Trauma em mao (E) durante o duche de meto.

Exame: Fendo em estendido clínico
do S^o ODE. Neurovascular normal

Rx Mao (E): Fratura Folha clínica
S^o ODE

cd: ① Feixejo de ferundo +
regularização de colo do 5^o
ODE sob anestesia local
② Cefalofascia 07-17 (FALTAM) 0
③ Alta

CRISTO MOURA
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA
CRM-RN: 885

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/10/2020

BINR
SAME/ARQUIVO 98.955-0
MATRÍCULA N°

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

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200445641**

Vítima: JOAO EWERTON CORREIA DE PAIVA

Data do Acidente: 26/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FREDIENE BEZERRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO EWERTON CORREIA DE PAIVA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOAO EWERTON CORREIA DE PAIVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 077

Agência: 000000001

Conta: 000003941938-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE PÓLICIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00061160/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/10/2020 12:53:44 Data/Hora Fim: 08/10/2020 12:34:06

Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Elezzer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 26/09/2020 19:00 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Bom Jardim

Logradouro: Rua Juvenal Lamartine

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: MOTOCICLISTA DESCONHECIDO, MOTO TIPO TRAXX 50CC, EVADIU-SE (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: JOAO EWERTON CORREIA DE PAIVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 02/06/2000 Idade: 20

Profissão: Auxiliar de Farmácia

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Mossoró - RN

Nome da Mãe: ALESSANDRA CORREIA

Nome do Pai: JOAO BATISTA LEONEL DE PAIVA

Documento(s)

RG: 003552075

CPF: 705.054.604-67

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: FRANCISCO SALES

Nº: 106

Bairro: Abolição

CEP: 59.619-148

Telefone: (84) 98762-1434 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 705.054.604-67	Placa RGF1G85
Renavam 01232607166	Número do Motor KC22E0L147529
Número do Chassi 9C2KC2200LR147490	Ano/Modelo Fabricação 2020/2020
Cor VERMELHA	UF Veículo RN
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00061160/2020

Última Atualização Denatran 22/07/2020

Situação do Veículo

Nome Envolvido

ALIENACAO_FIDUCIARIAFILE_VEICULOS

JOAO EWERTON CORREIA DE PAIVA

Envolvidos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante declarou que conduzia a sua moto quando o autor do fato, seguindo em sentido contrário, manobrou para acessar uma rua sem sinalizar a sua frente, logo após, colidiu a sua motocicleta contra a parte frontal da moto do suposto autor do fato, vindo a sofrer queda do seu veículo na autopista; Que o autor do fato se evadiu do local; Que foi encaminhado pelo SAMU ao HRTM; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não desejou representação criminal contra o suposto autor do fato; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Agente de Polícia
Matrícula 1690205
Responsável pelo Atendimento

JOAO EWERTON CORREIA DE PAIVA
Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme prevista nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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:

305.054.604-67

4 - Nome completo da vítima:

João Ewerton Correia de Paiva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

João Ewerton Correia de Paiva

6 - CPF:

305.054.604-67

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Rua Francisco Sales

9 - Número:

106

11 - Bairro:

Aldeias

12 - Cidade:

Mossoró

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59619-148

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

84 98762-1434

DADOS CADASTRAIS

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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Inter

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 39419380

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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/vanásco? 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data,

Mossoró 08 Outubro 2020

João Ewerton Correia de Paiva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

38 - 1^a | Nome:

CPF:

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NAO ALFABETIZADO

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

TESTEMUNHA