

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

Valoração 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA DEFESA		DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO	
NOME		JOAO EWERTON CORREIA DE PAIVA			
DOC. IDENTIDADE / CRS. EMISSOR / UF		003552075 SSP RN			
CPF		705.054.604-67		DATA NASCIMENTO	
				02/06/2000	
FILIAÇÃO		JOAO BATISTA LEONEL DE PAIVA			
		ALESSANDRA CORREIA			
PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB.	
PERMISSÃO		PERMISSÃO		AD	
Nº REGISTRO		97364570093		1ª HABILITAÇÃO	
		65/11/2020		06/11/2019	
OBSERVAÇÕES					
					
ASSINATURA DO PORTADOR					
LOCAL		MOSSORO, RN		DATA EMISSÃO	
				06/11/2019	
ASSINATURA DO EMISSOR					
RIO GRANDE DO NORTE					



**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 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
EMPREGADA EM SAÚDE
MAT. 58682-1

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


Dn. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor
Mat. 405418-2
CRM/RN 3097

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



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 16404 /2020

Admissão: 26/09/2020 19:37:54

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: ABOLICAÇÃO I

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.87621434

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU

Classificação:

PESO:

26/09/2020 19:33:46

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	140 100								

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Dt e Hora: 26/09

Paciente vítima de acidente moto/moto há aprox 1 hora, refere dor em membros superiores. Negativa perda de consciência, náusea e vômito. Negativa fratura. Usava capacete. Traçado em protocolo do SAMU.

① Ausculta pulmonar normalizada, sem crepitações

② MM II, bilaterais de nível à base, sem RA; tórax inscolor à percussão

③ Hemodinamicamente estável; Arterial fútil, inscolor à percussão

④ ECO-15, pulmões isocóricos e potentes

⑤ Exame em MM II e III: lesão contusa em 5º (P) dígito, quadrante esquerdo

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORÁRIO

ASSINT.

Solicito RAI-XE AVULSA e ORTOFONIA

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SANE MOSSORÓ 05/10/2020

BIM

SANE/ARQUIVO

MATRÍCULA Nº

98.955-0

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

CID

Proc.

Data: / /20. Hr: :

Médico:

(Assinar e

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

26/09/2020 #Ortopedia#

Trauma em mão (E) durante acidente de moto.

Exame: sendo em extremidade distal do 5º DDE. Neurovascular normal

Rx Mão (E): Fratura Falcange distal 5º DDE

- cd: ① Limpeza de ferimento + regularização de coto do 5º DDE com amarra local
- ② Cetazuril OIT A (E) FALTANDO
- ③ Alta

Cláudio Moura
ORTOPEDIA TRUMATOLOGIA
CRM-RN: 8826

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 05/10/2020

BIM
SANE/ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 98.955-0

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

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 Eliezer 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

ENVOLVIDO(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 Nº: 106
Logradouro: FRANCISCO SALES CEP: 59.619-148
Bairro: Abolição
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

ALIENACAO FIDUCIARIA FILE VEICULOS

Nome Envolvido

Envolvimentos

JOAO EWERTON CORREIA DE PAIVA

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 previsto nos Artigos 339-Denunciação 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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 705.054.604-67 4 - Nome completo da vítima: João Ewerton Correia de Paiva

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

5 - Nome completo: João Ewerton Correia de Paiva 6 - CPF: 705.054.604-67

7 - Profissão: Atendente de Farmácia 8 - Endereço: Rua Francisco Sales 9 - Número: 106 10 - Complemento:

11 - Bairro: Abolição 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59619-148

15 - E-mail: 16 - Telefone: 84 98762 1434

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:

☒ RECUO 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: Banco Inter

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 39419380

(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 (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 Líder 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) ☐ 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 (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Entou cliente 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró 08 Outubro 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)