



Número: **0802551-33.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **19/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34863 502	29/09/2020 11:09	<a href="#">2753254_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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

---

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200031938**

**Vítima: HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR**

**Data do Acidente: 11/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

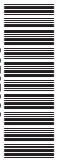
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15401540

Pag. 00411/00412 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020206





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, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031938

Vítima: HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 11/10/2019, emitida pelo Dr. ILEGÍVEL, CRM nº 00000 - PB, da Instituição ILEGÍVEL, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00465/00466 - carta\_31 - INVALIDEZ

00070233



Carta nº 15470432





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 339.522.664-08 4 - Nome completo da vítima: Hermann Liqueiredo B. Júnior

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

5 - Nome completo: Hermann Liqueiredo B. Júnior 6 - CPF: 339.522.664-08  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Gop, s/n, Joazeiro, Mangabeira, João Pessoa 9 - Número: 50 10 - Complemento: S/n  
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 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\$1.000,00 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 POUPOANÇA (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: 0041 CONTA: 004991783 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ressarcimento 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

## 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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.

MORTE

## 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/foi inserir?  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 a aqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 20/01/2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Hermann Liqueiredo Cabalcanti Júnior

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00271.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00271.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:16 horas do dia 08 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Hermann Figueiredo Cavalcanti Júnior**, CPF nº 119.522.664-08, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Ajudante de Caminhão, filho(a) de Anália da Silva Pereira e Hermann Figueiredo Cavalcanti, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 29/03/1997 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Copo de Leite, Nº 308, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mangabeira Shopping., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99112-6001.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Br 230, De Frente Ao "almeidão", João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 11/10/19 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 11/10/2019 por volta das 17:30 horas quando pilotava a moto: tipo HONDA/CG 150 TITAN EX; ano/mod: 2011/2012, de cor vermelha de placa: MOS3781/PB CHASSI: 9C2KC1660CR519565 pertencente ao Sr. JOSÉ JOCELÂNIO DOS SANTOS GOMES portador do CPF: 054.939.064-22, Que transitava pela BR 230, Cristo Redentor, sentido João Pessoa/Bayeux, Que segundo o mesmo vinha transitando normalmente quando perdeu o controle da moto vindo a colidir na moto que estava à sua frente (não identificada), Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido por terceiros para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde por falta de atendimento foi para sua residência, Retornando no dia 15/10/2019 onde ficou interno para tratamento cirúrgico com perda substância de pé direito + desbridamento cirúrgico + enxerto de pele parcial conforme LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA em anexo.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 08 de janeiro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

*Hermann Figueiredo Cavalcanti Junior*  
HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI  
JÚNIOR  
Noticiante

Procedimento Policial: 00271.01.2020.1.00.401





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 339.522.664-08 4 - Nome completo da vítima: Hermann Liqueiredo B. Júnior

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

5 - Nome completo: Hermann Liqueiredo B. Júnior 6 - CPF: 339.522.664-08  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Gopuz de Azeite 9 - Número: 50 10 - Complemento: SN  
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 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\$1.000,00 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: 0041 CONTA: 004991783 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ressarcimento 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

## 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 de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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.

MORTE

## 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(s) ou(s) nascido(s)?  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 a aqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 20/01/2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Hermann Liqueiredo Cabalcanti Júnior

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_







PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 270702 Atd: Nao Regu  
Data: 15/10/2019  
Hora: 23:22:19  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: HERMAN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR Num. de vezes atendido: 1  
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 119.522.664-08 Num. Prontuario: 2019.10.001791  
CNS: 702404560409126 Sexo: M IDENTIDADE: 3967216 Fone: 998121406  
Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc.: 29/03/1997 Id: 22 ano(s)  
End.: RUA COPO DE LEITE, 308  
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Mae: ANALIA DA SILVA PEREIRA Pai: HERMAN FIGUEIREDO CAVALCANTI  
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Ocupação: AJUDANTE DE CAMINHAO Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp.: HERMAN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR  
Tel/Doc. Responsavel: 998121406 / IDENTIDADE: 3967216  
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO  
Vitima de violencia por: NAO  
 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem  Grave  
 Politraumatizado  Convulsao  
 Hemorragia  Dispneia  
 Diarreia  Agitado  
 Regular  Chocado  
 Vomito

Queixa Principal

DOR E EDEMA EM PE D

*queda de mole no 4 dias*

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Subota Trauma no tornozelo (D) e pi (D).  
De atendimento ...*

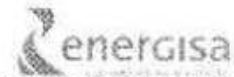


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Data de emissão: 29/09/2020

Documento: 20092911093992400000033325593

Valor do documento: R\$ 70,67



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Estrada, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.523-0

## DADOS DO CLIENTE

ANALIA DA SILVA PEREIRA GOMES  
RUA COPO DE LEITE S/N Q257 L308  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1157063-7

## REFERÊNCIA

OUT/2019

## APRESENTAÇÃO

11/10/2019

## CONSUMO

83

## VENCIMENTO

18/10/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 70,67

Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/10/2019				
Pagador: ANALIA DA SILVA PEREIRA GOMES CNPJ/CPF: 893.900.914-20				
RUA COPO DE LEITE S/N Q257 L308 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440006971584	001157063201910	18/10/2019	R\$ 70,67	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



27/10/2019  
23/11/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N ✓  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Hora: 23:22:19  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DI  
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: HERMAN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR

Num. Prontuario: 2019.10.001791

Nome Social: NAO INFORMADO

CPF: 119.522.664-08

CNS: 702404560409126 Sexo: M

IDENTIDADE: 3967216 Fone: 998121406

Natural: CAMPINA GRANDE/PB

Data Nasc.: 29/03/1997 Id: 22 ano(s)

End.: RUA COPO DE LEITE, 308

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ANALIA DA SILVA PEREIRA

Pai: HERMAN FIGUEIREDO CAVALCANTI

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AJUDANTE DE CAMINHAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: HERMAN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR

Tel/Doc. Responsavel: 998121406 / IDENTIDADE: 3967216

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

DOR E EDEMA EM PE D

Queda de moto no 4 dias.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Nota - Trauma no tornozelo (D) e pi (D).  
Dor abdominal em queimacoes. Nota uso  
contínuo de anti-inflamatórios e analgésicos.

Prescrição e  
Até do

[ ] Horário da medicação

1) Ranitidina 30mg + AD E

2) Altopred. e .



Objecto: 1) Rx de abdome em pu. e Cutec

2) USG de abdome

3) SCL semel d 6/6h

4) Glucose 50% 2amp  
em cada fase de sono

Dr. Paulo Marques  
Cirurgião Geral  
Cirurgião

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

5) Rida Zero.

6) Tramal 100mg + SVO, 39.

semel Bu 00:10

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horário | Evolucao

16/10/19  
00:59H

Partos novos no tipo obstétrico em  
aberto devido ao deslocamento do feto  
para o 5º T-2 e  
HD. Celulite de 15

Co. R. 3520106010-0 10:10

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

Assinatura do médico

PROCEDIMENTO REALIZADO

3) Pós Aberto USG e Admissão de C. Geral.

030106006-1

030106010-0

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia
- Transferido
- Desistencia
- UTI
- Alta a pedido
- Enfermaria
- Obito:  Atestado  SVO  IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030106006-1





SAÚDE

### LAUDO MEDICO - RESUMO DE ALTA

Marcelo Siqueira C.

22/10/19

21/11/19

Hiba

Prda substancia pi dent  
O maximo

Distr. do mento *Arterios + mento pel parcial*  
DTB

SIM

NAO

SIM

NAO

MELHORADO

REMOVIDO

APEDIDO

CURADO

SEM TD

Paciente retorna de trauma no pi dent no trauma de  
Arterios + mento de pel  
Distr. do mento *Arterios + mento pel*

#### ORIENTAÇÕES POS ALTA

DIETA: *líquida*

REPOUSO:

Reposo em casa por *30* dias  
Reposo em ambulatório com curativo *30* dias  
Reposo em ambulatório com curativo *30* dias

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATORIA:

... com água e sabão para limpeza das mãos antes e depois de cada troca de curativo no "bolsão" no local, lavar  
falete, procurar atendimento se necessário Hospitalar

MEDICAÇÕES PARA CASA:

*Curativo*

RETORNO

Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos  
Ao Ambulatório de \_\_\_\_\_ em 30 dias para revisão

21.11.19



DATA

*[Signature]*

ASS. MÉDICO - URM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
 **Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO 

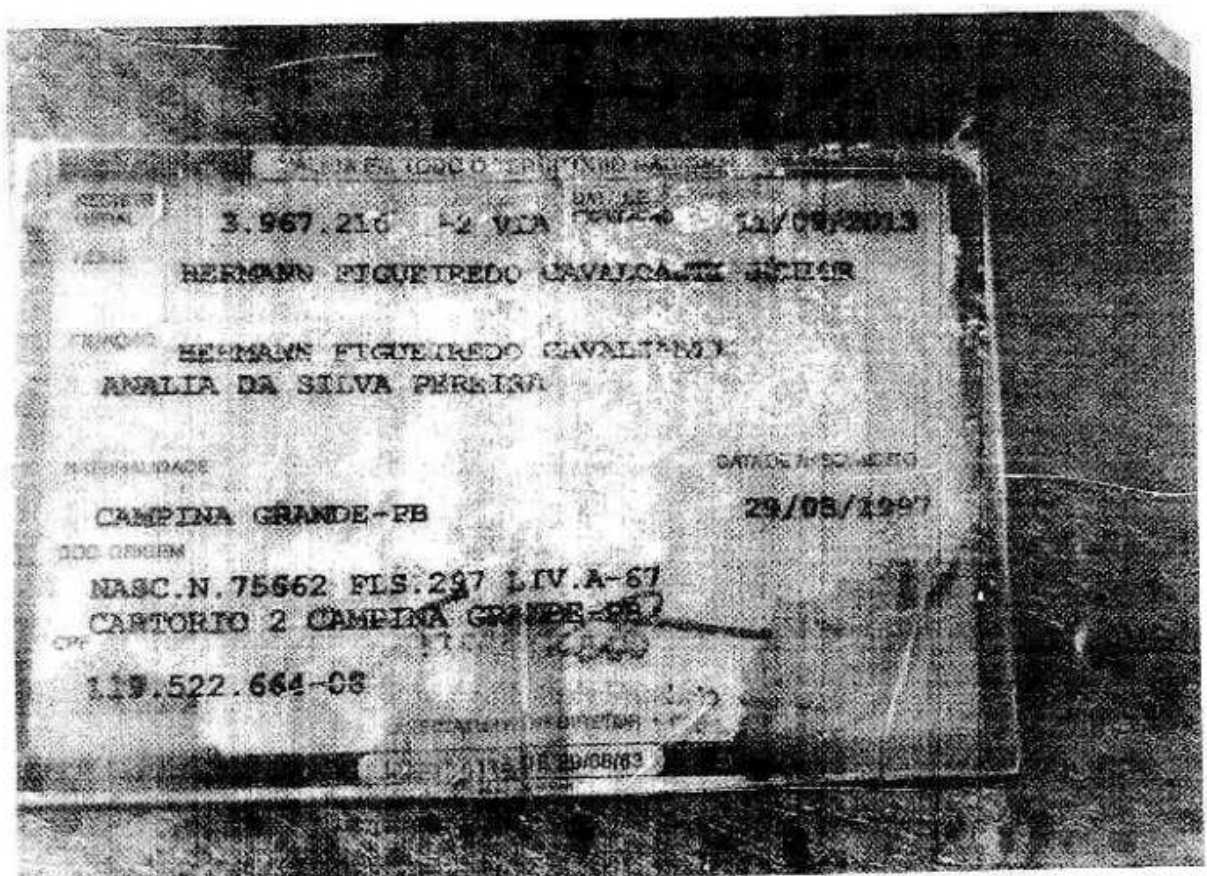
Número  
**119.522.664-08**

Nome  
**HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR**

Nascimento  
**29/03/1997**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





RECEBIMOS  
SERIAL

3.967.216 - 2 VIA DATA 29/08/83

HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTE JUNIOR

TRABALHO

HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTE  
ANALIA DA SILVA PEREIRA

MUNICIPALIDADE

CAMPINA GRANDE-FB

DATA DO REGISTRO

29/08/1983

ISSUE GRUPO

NASC.N. 75662 FLS. 297 LIV. A-67  
CARTORIO 2 CAMPINA GRANDE-FB

CPF

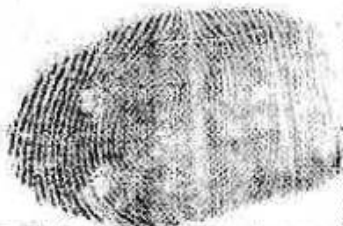
119.522.664-08

29/08/83





HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTE  
Assinatura digital  
Sumar



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARANÁ  
POLÍCIA FEDERAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO  
UNIDADE DE IDENTIFICAÇÃO





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200031938 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO-CONTUSO NO TORNOZELO E PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (P3).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027040/20

**Vítima:** HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUN

**CPF:** 119.522.664-08

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** HERMANN FIGUEIREDO  
CAVALCANTI JUNIOR

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR : 119.522.664-08

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: 20/01/2020  
Nome: HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR  
CPF: 119.522.664-08

HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

