

---

**Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200015272**

**Vítima: ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA**

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



Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200015272

Vítima: ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA

Data do Acidente: 04/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA**

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000004823

Conta: 0000004419-6

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	074.810.614-64	Edelson Figueiredo da Silva
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
Edelson Figueiredo da Silva	074.810.614-64	
Profissão:	Endereço:	Número:
Estadista	Rua Mariângela Lucena Luzato	251B
Bairro:	Cidade:	Estado:
Valentina	Joaquim Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58063-300	(83) 99811-5088

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4823 <input type="checkbox"/> CONTA: 04419 <input type="checkbox"/> 6 <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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.

## 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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB 30/01/2020

Nome: \_\_\_\_\_

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

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 06159.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06159.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:22 horas do dia 04 de junho de 2019, 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 Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Eridelson Figueiredo da Silva**, CPF nº 074.810.614-67, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, profissão Estoquista, filho(a) de Marileide Figueiredo da Silva e Manoel Raimundo da Silva, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 25/05/1983 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Mariangela Lucena Teixeira, Nº 15, complemento VALENTIA I, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Próximo Ao Detran, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98666-7320.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Elias Cavalcante de Albuquerque, Na Rua Lateral do Restaurante Luar do Sertão, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/06/19 09:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

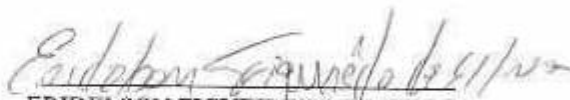
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE HOJE, POR VOLTA DAS 09H30MIN, VINHA TRAFEGANDO NA RUA ELIAS CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE, NO CRISTO REDENTOR, NA MOTO DE MARCA-HONDA/NXR160 BROS ESDD, DE COR-PRETA, ANO-2015/2015, PLACA-QFJ1007/PB, CHASSI: 9C2KD0810FR465491, QUANDO COLIDIU NA TRASEIRA DO VEÍCULO DE MARCA-FIAT/PALIO ELX, DE COR-VERDE, ANO-2001/2002, PLACA-MOP4970/PB, CHASSI: 9BD17141322112519, CONDUZIDO PELO SR. LUAN CARLOS GOMES BARRETO, CPF-109.653.614-54, CELULAR DE Nº (83) 98601.8849, QUE HOVE DANOS MATERIAIS NO FIAT/PALIO.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de junho de 2019.

  
GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA  
Agente de Investigação

  
ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA  
Noticiante



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	074.810.614-64	Edelson Figueiredo da Silva
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
Edelson Figueiredo da Silva	074.810.614-64	
Profissão:	Endereço:	Número:
Estadista	Rua Mariângela Lucena Luzato	151B
Bairro:	Cidade:	Estado:
Valentim	Joaquim	PR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58063-300	(83) 99811-5088

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4823 <input type="checkbox"/> CONTA: 04419 <input type="checkbox"/> 6 <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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.

## 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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB 30/01/2020

Nome: \_\_\_\_\_

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

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

## CERTIDÃO

Nº. 1323/2019

Atendendo solicitação de **ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº235023 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 04/06/2019 às 11H12min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 4º quirodáctilo esquerdo. Medicado e imobilizado.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médico Intensivista  
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 235023 Atd: Nao Regular  
Data: 04/06/2019  
Hora: 11:12:39  
Recepcionista: ANA PAULA ALMEIDA PEREIRA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Nome: ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.11.003000

CNS: 898003282583631 Sexo: M CPF: 07481061467 Fone: 986667320

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 25/05/1983 Id: 36 ano(s)

End.: RUA MARIANGELA LUCENA PEIXOTO, 15

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARILEIDE FIGUEIREDO DA SILVA

Pai: MANOEL RAIMUNDO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTOQUISTA

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 986667320 / CPF: 07481061467

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO MOTO CONDUTOR MOTO AS 9,30 NA PRINC

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PP:	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

COLISAO CARRO MOTO, TRAUMA EM MSE.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

→ Colisao Carro Moto com trauma em MSE.  
- NAO apresenta sintomas ou sinais traumáticos

Diagnostico

Conduta:  
- PRIMEIRO ATENDIMENTO  
- RX MÃO ESQUERDA

1º: TRAUMA LOCALIZADO  
MÃO ESQUERDA

Prescrição

- AVALIAR A CIRCULACAO DA MEDICACAO  
- BANCADA DA ORTOPEDIA

Derivado. Inter. inf. sp. lipo. exp. u.  
Det. solid. l. 4. CNE. tele. p. p.

Dr. Nivaldo B. de Lucena Filho  
Ortopedia  
4117

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Orde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
2				

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030106006-1

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do

0301



# 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: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000004419-6

---

Nr. da Autenticação 4C895D7FBC69CA8B

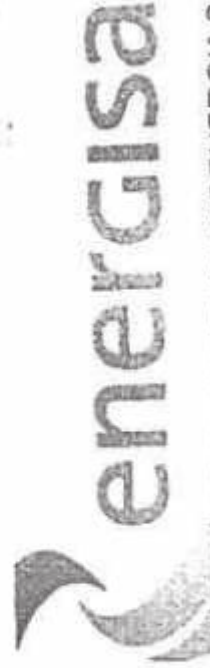
(83) 99811-5088

ADELY CRISTINA LACERDA BOTELHO  
RUA MARIANGELA LUCENA PEIXOTO, 15/B - VALENTINA  
JOAO PESSOA / PE: CEP: 58063-300 (AG: 5)

Ligação: TRIFÁSICA

Cls/Sbc: COM MTC: 33 / COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATRAS  
Roteiro: 13 - 5 - 539 - 4720  
Medidor: 000089003312

Referência: Abr / 2019  
Emissão: 22/04/2019



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ: 06.905.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 023.739.470  
Cód. para Déb. Automático: 00004127833

Atendimento ao Cliente ENERGISA

0800 083 0196

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

Conta referente a

Abr / 2019

Apresentação

22/04/2019

Data prevista da  
próxima leitura

22/05/2019

CPF / CNPJ / RANI

028.803.824-08

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/412783-3

Canal de contato

Declaração de Quilacão Anual de Débitos:  
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009,  
informamos a quitação dos débitos referentes aos fatu-  
ramentos regulares de energia elétrica desta unidade  
consumidora em 2019.



## CERTIDÃO

Nº. 1323/2019

Atendendo solicitação de **ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº235023 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 04/06/2019 às 11H12min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 4º quirodáctilo esquerdo. Medicado e imobilizado.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médico Intensivista  
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

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

Ficha Nr: 235023 Atd: Nao Regular  
Data: 04/06/2019  
Hora: 11:12:39  
Recepcionista: ANA PAULA ALMEIDA PEREIRA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Nome: ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.11.003000

CNS: 898003282583631 Sexo: M CPF: 07481061467 Fone: 986667320

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 25/05/1983 Id: 36 ano(s)

End.: RUA MARIANGELA LUCENA PEIXOTO, 15

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARILEIDE FIGUEIREDO DA SILVA

Pai: MANOEL RAIMUNDO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTOQUISTA

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 986667320 / CPF: 07481061467

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO MOTO CONDUTOR MOTO AS 9,30 NA PRINC

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PP:	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

COLISAO CARRO MOTO, TRAUMA EM MSE.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

→ Colisao Carro Moto com trauma em MSE.  
- NAO apresenta sintomas ou sinais traumáticos

Diagnostico

Conduta:  
- PRIMEIRO ATENDIMENTO  
- RX MÃO ESQUERDA

1º: TRAUMA LOCALIZADO  
MÃO ESQUERDA

Prescrição

- AVALIAR A CIRCULACAO DA MEDICACAO  
- BASTAR COM A ORTOPEDIA

Derbe. Inter. inf. sp. lipo. exp. u.  
Det. sold. l. 4. CNE. tele. p. p.

Dr. Nerival B. de Lucena Filho  
Ortopedia  
4117



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Orde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
2				

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030106006-1

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do

0301

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF

2597161

SSP

PB

CPF

074.810.614-67

DATA NASCIMENTO

25/05/1983

FILIAÇÃO

MANOEL RAIMUNDO DA  
SILVA

MARILEIDE FIGUEIREDO  
DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.

A

Nº REGISTRO

05264476604

VALIDADE

14/03/2021

1ª HABILITAÇÃO

01/08/2011

OBSERVAÇÕES

*Eridelson Figueiredo da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

17/03/2016

*Arieteu Chaves Sousa*  
Diretor Superintendente - DETRAN/PB

ASSINATURA DO EMISSOR

87847837834  
PB032286120

DETRAN - PB (PARAÍBA)

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1275588160

PROIBIDO PLASTIFICAR

1275588160



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

L  
A  
C  
R  
E  
  
0  
0  
4  
2  
3  
7  
4  
1  
4  
6

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013930314605

VIA  
1

COD. RENAVAL

0105723168-9

R.N.T.R.C.

00/000000000

EXERCÍCIO

2018

NOME

ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA

CPF / CNPJ

07481061467

PLACA

QFJ1007/PB

PLACA ANT / UF  
NOVO PB

CHASSI

9C2KD0810FR465491

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/NXR160 BROO ESDD

ANO FAB.

2015

ANO MOD.

2015

CAP / POT / CIL

2 P/162 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC / COTAS

1º

2º

3º

FAIXA I.P.V.A.

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

P A G O

DATA DE PAGAMENTO

09/04/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

NAO VA

0

JOAO PESSOA LEGAL

DATA  
12/04/2018

78444

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200015272 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA **Data do acidente:** 04/06/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 23/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º 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 MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 4º 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 funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200015272 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA **Data do acidente:** 04/06/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 23/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 01 // EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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-0013332/20

**Vítima:** ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA

**CPF:** 074.810.614-67

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 04/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA : 074.810.614-67**

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: 10/01/2020  
Nome: ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA  
CPF: 074.810.614-67

ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA