



Número: **0804601-32.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **17/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA (AUTOR)		PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38493583	18/01/2021 21:21	2777257_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 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,

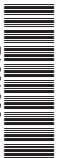
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15353866

Pag. 00023/00024 - carta_01 - INVALIDEZ

00040012





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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00333/00334 - carta_30 - INVALIDEZ



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	Eidelson Figueiredo da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR 5USEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Eidelson Figueiredo da Silva		074.810.614-64
Profissão:	Endereço:	Número:
Estadista	Rua Mariângela Luoma Puerto	51B
Bairro:	Cidade:	Estado:
Valentina	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58063-300	(83) 99831-5088

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

REDA 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

☒ 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: 4823	CONTA: 04419	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
	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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data:	TESTEMUNHAS
	Nome:	1ª Nome: _____
	CPF:	CPF: _____
		Assinatura _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
		Assinatura _____
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura _____
	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.**

FPS.001 V001/2018





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**.

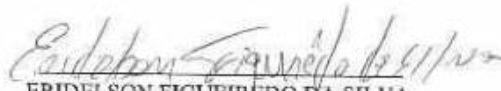
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 04 de junho de 2019.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 06159.01.2019.1.00.401

1/1



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	Eidelson Figueiredo da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR 5USEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Eidelson Figueiredo da Silva		074.810.614-64
Profissão:	Endereço:	Número:
Estadista	Rua Mariângela Luema Pinto	51B
Bairro:	Cidade:	Estado:
Valentina	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58063-300	(83) 99831-5088

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

RENTA MENSAL:
☒ RECURSO 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

☒ 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: 4823	CONTA: 04419	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data:	TESTEMUNHAS
	Nome:	1ª Nome: _____
	CPF:	CPF: _____
		Assinatura _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
		Assinatura _____
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura _____
	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.**

FPS.001 V001/2018





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 N°235023 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 Regul

Data: 04/06/2019

Hora: 11:12:39

Recepcionista: ANA PAULA ALMEIDA PEI

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 há NENHUMA OUTRA SINTOMA OU OUTRO TRAUMA

Diagnostico

CONTA: - PRIMEIRO ATENDIMENTO -
- RX MÃO ESQUERDA

1º TRAMA LOCALIZADO
MÃO ESQUERDA

Prescrição

- AVALIAR O NIVEL DA LESAO
- TRATAMENTO DA ORTOPEDIA

Dr. Nivaldo B. de Lucena Filho
Ortopedia
2019

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Orde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

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

Clis/Sbc: COM MTC: 33 / COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

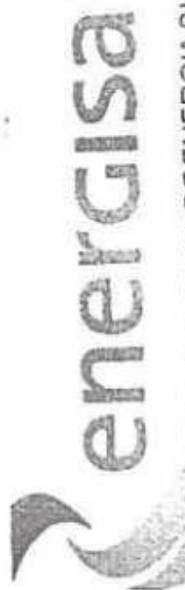
Roteiro: 13 - 5 - 539 - 1720

Referência: Abr / 2019

Emissão: 22/04/2019

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

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



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: 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 Quilização 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, ocorridos no mês de 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 N°235023 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 Regul

Data: 04/06/2019

Hora: 11:12:39

Recepcionista: ANA PAULA ALMEIDA PEI

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 há NENHUMA OUTRA SINTOMA OU OUTRO TRAUMA

Diagnostico

CONTA: - PRIMEIRO ATENDIMENTO -
- RX MÃO ESQUERDA

1º TRAMA LOCALIZADO
MÃO ESQUERDA

Prescrição

- AVALIAR O NIVEL DA LESAO

- TRATAMENTO DA ORTOPEDIA

Dr. Nivaldo B. de Lucena Filho
Ortopedia
2019

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Orde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

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



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1275588160

NOME
ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2597161 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
074.810.614-67 25/05/1983

FILIAÇÃO
MANOEL RAIMUNDO DA
SILVA
MARILEIDE FIGUEIREDO
DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
05264476604 14/03/2021 01/08/2011

OBSERVAÇÕES

Eridelson Figueiredo da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
17/03/2016

Aristeu Chaves Sousa
Diretor Superintendente - DETRAN PB

ASSINATURA DO EMISSOR

87847837834
PB032286120

DETRAN - PB (PARAÍBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1275588160



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

LACRE 0042374146

DETRAN - PB

Nº 013930314605

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 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

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS 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 1º

FAIXA I.P.V.A. ***** PARCELAMENTO / COTAS 0 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 09/04/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

UOAO PESSOA FISCAL

DATA 12/04/2018

78444

CONTINUA



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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ERIDELSON FIGUEIREDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

