

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

Rio de Janeiro, 22 de 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

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: 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
119.522.664-08		Hermann Figueiredo G. Junior	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		7 - Profissão:
Hermann Figueiredo G. Junior	319.522.664-08		8 - Endereço:
Recurso	51		Mangabeira
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Mangabeira	João Pessoa	PB	58000-000
15 - e-mail:	(83) 98663-4900		

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Soriente 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)		
AGÊNCIA: 0041	CONTA: 00499178 3	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/simbólico do seguro (DPVAT) a que sou titular 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 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 acimacitado, 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 da Seguradora Lider para verificação da eventual e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.196/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos	30 - Vítima deixou nascituro(nascerá)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e deovarem, na forma e condições estabelecidas, 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 rgo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rgo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rgo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 20/01/2020

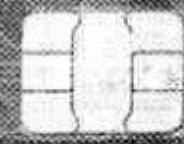
Hermann Figueiredo G. Junior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VALIDO SÓMENTE NO BRASIL



5067 2251 4901 4039

5067

VALIDO ATÉ
10/24

HERMANN FIGUEIREDO C JU
0041 013 00499178-3

elo



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 N° 00271.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: 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 Gouveia 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 Analia 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 JOCELANIO 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 TARCISIO BURITY, onde por falta de atendimento foi para sua residencia, Retornando no dia 15/10/2019 onde ficou interno para tratamento cirúrgico com perda substancial 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
JÚNIOR
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
119.522.664-08		Hermann Figueiredo G. Junior	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		7 - Profissão:
Hermann Figueiredo G. Junior	319.522.664-08		8 - Endereço:
Recurso	SN		9 - Número:
Mangabeira	PB 58000-000		10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:		13 - Estado:
14 - E-mail:	15 - Telefone:		(83) 98663-4900

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Soriente 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)		
AGÊNCIA: 0043	CONTA: 00499178 3	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/simbólico do seguro (DPVAT) a que sou titular 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 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 acimacitado, 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 da Seguradora Lider para verificação da eventual e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.196/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos	30 - Vítima deixou nascituro(nascerá)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e deovarem, na forma e condições estabelecidas, 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 rgo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rgo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rgo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *João Pessoa - PB 20/01/2020*

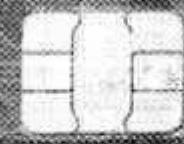
Hermann Figueiredo G. Junior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VALIDO SÓMENTE NO BRASIL



5067 2251 4901 4039

5067

VALIDO ATÉ
10/24

HERMANN FIGUEIREDO C JU
0041 013 00499178-3

elo

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

Ficha Nr: 270702 Atd: Nao Regu
Data: 15/10/2019
Hora: 23:22:19
Repcionista: GIULIANA DE MENEZES
Clinica: 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: JOÃO 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:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito			

Queixa Principal

Observacao

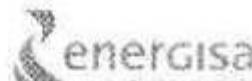
DOR E EDEMA EM PE D

queixa de mola no 4 dcs.

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Nota: Trauma no Tornozelo ③ e joelho ④.
De 10.10.2019 ... 11.10.2019. Nada mais.

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento emitido para fins fiscais.
Documento não é exigido para efetuar o pagamento.
Número da Conta: 032.437.443

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-480
CNPJ 01.095.183/0001-40 - Inscrição 16.615.523-6

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1157063-7

PERIODO	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	11/10/2019	83	18/10/2019	R\$ 70,67

Acesse: 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 - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nossa-Número 31502440006971584	Nº Documento 001157063201910	Data Vencimento 18/10/2019	Valor do Documento R\$ 70,67	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-660 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				09.095.183/0001-40

27/10/2019
27/11/2019

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

Hora: 23:22:19

Recepção: GIULIANA DE MENEZES DI
Clinica: 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: 70240-560409126 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

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito		

Queixa Principal

Observacao

DOR E EDEMA EM PE D

queixa de mola no 4 dcs.

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)
Nota Tremor no Tornozelo ① e pi ②.
Dor abdominal em queimacões. Relate uso contínuo de anti-inflamatórios ^{comida} e analgésicos.

Procedencia: 2
Alte d
n. 1. 0 s. 2) Ortoped. e

Horario da medicacao

1) Rantidine 3amp + AD 8
2) Ortoped. e

Sebile: 1) Rx d'abdomen (en pr. & d'urine)
2) USG de l'abdomen
3) SRL simple d 6/6 h

2) Flávia Sônia Camp
AO (assinatura e carimbo)

Dr. Nelson Marques
Cirurgião Geral
CRM 21100

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

5) Pick time.

6) Transl. 100mg + SF, 39.

2021-06-00:10
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Co.: P. 35N20F101 200.0000 - 1 F01 M1
Reservado p/ liberacao

Reservado a/ liberaçao

Assinatura da Extrairagem 2019

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

See Journal

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

130106-061



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

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

3.967.216 -2 VIA FERRO 21/05/1993

HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR

HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI
ANALIA DA SILVA PEREIRA

PROVA DE ARMA

CAVALCANTI JR

CAMPINA GRANDE-PB

29/05/1997

DOU-ORDEM

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

119.522.664-08

CONFEDERAÇÃO NACIONAL

119.522.664-08/93



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/10/2019

Titular do CPF: HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTI JUNIOR

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO