

---

**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

---

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

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: Declara, 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\$1,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resbolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 acima, 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.196/74, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Graude 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 namorado(a) ou parceiro(a)? ☐ 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 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.

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



POUPANÇA

5067 2251 4901 4039

5067

VÁLIDO 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 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 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 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**  
JÚNIOR  
Noticiante



# 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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **339.522.664-08 Hermann Liqueiredo B. 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: **Hermann Liqueiredo B. Junior** 6 - CPF: **339.522.664-08**  
7 - Profissão: **Recuso** 8 - Endereço: **Rua Gopo Jose Leite** 9 - Número: **50** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **Mangabeira** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **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:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **0041** ☐ CONTA: **00499178** ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resbolsa do Seguro DPVAT, a qual eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 acima, 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.196/74, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Graude 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 namorado(a) ou parceiro(a)? ☐ 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 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.

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

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 Junior**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



POUPANÇA

5067 2251 4901 4039

5067

VÁLIDO ATÉ  
10/24

HERMANN FIGUEIREDO C JU  
0041 013 00499178-3

elo

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  
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

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

Observacao

Queixa Principal

DOR E EDEMA EM PE D

*Queixa de mole no 4 dias*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Nota Trauma no tornozelo ⑤ e pi ⑤.  
De abd. normal ...*



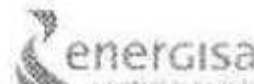
# BOLETO PARA PAGAMENTO

Boleto para pagamento físico

Documento não a ser enviado ao cliente

Boleto para pagamento físico para a Transmissão de Energia

Nº 332.437.443



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-660  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insufat 16.015.523-6

## 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 S/A 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-660

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

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  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DI  
Clínica: 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: PARD A Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Ocupação: AJUDANTE DE CAMINHAO  
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

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

Observacao

queda de mto no 4 dias.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

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

Prescrição

Horario da medicacao

1) Rantidine 3amp + AD E  
2) Algod. e.

Subject: 1) Rx of abdomen in pt. & Defec

2) USG de l'abdomen

3) SRL found d 6/6h

4) *Fluore 50% lamp*  
AO (assinatura e carimbo)  
*em cash 100% de ser.*

5) Rich Zero.

6) Trenal: 102mg + 870,39%

22-11-81 BR 00:10  
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

et de Medicamentos | Dose | Horário | Evolução  
 16/10/19 \* ANOS NOVOS DO TIPO QUOTIDIANO POR  
 00:39H ABREJA SEPARA DO UL OPERANDO DO FORNO  
 \* JORNAL MONTADO ON DO QSAW'S CALOR ON  
 PEX DO DE 5T-2 E  
 HO. CULVING & P8(9)

CO. P. 3520141200.000 - 1 FOLIA  
Reservado p/ liberaçao

Assinatura da Embrapen

PROCEDIMENTO REALIZADO 3) Pw Abertura UE e Admissão de C.65 Vol.

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030106-561





SAÚDE

# LAUDO MEDICO - RESUMO DE ALTA

Nome: *Marcelo Sygnaide C. P.*

Data: *22/10/10*

Local: *21.11.10*

Idade: *38*

Prévia: *Prévia subclavicular pi. direita*  
*0 trauma*

Diagnóstico: *Distúrbio de movimento cirúrgico + lesão do plexo braquial*  
*DTB*

Sexo: ☒ M ☐ F

Não

Estado de saúde: ☐ Bom ☐ Não

Tratamento: ☒ Inicializado

Removido

A pedido

Curado

Outro

Prévia: *Prévia de trauma no plexo braquial no membro superior direito*  
*Arteria + nervo do plexo*  
*Subclavicular + distúrbio de movimento cirúrgico + lesão do plexo*

## ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Leve*

REPOUSO: *30* dias

Retorno ao trabalho com...

Retorno ao trabalho com...

Retorno ao trabalho com...

CI DEIXAR COM A FERIDA OPERATORIA

... para evitar a infecção da ferida cirúrgica, manter a ferida limpa, coberta com o "bom-bom" ou local, não se banhar, procurar imediatamente o Hospital Hospitalar

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Curativo*

RETORNO

Ao posto de saúde em  
Ao Ambulatório do

para retirada de pontos  
em 30 dias para revisão

*21.11.10*

DATA

*[Assinatura]*

ASS. MÉDICO CRM

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

RECEBIM  
FISCAL

3.967.216 2 VIA 11/08/2013

HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTE JUNIOR

END

HERMANN FIGUEIREDO CAVALCANTE  
ANALIA DA SILVA PEREIRA

NATURALIDADE

CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO

29/05/1997

DOC ORIGIN

NASC.N. 75662 FLS. 297 LIV. A-67

CARTORIO 2 CAMPINA GRANDE-PB

CNPJ

119.522.664-03

ASSINATURA DO DIRETOR

11/08/2013

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Hermann Figueiredo Cavalcanti  
Jurnar



ESTADO DA PARANÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
V-02  
P-917

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

# 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

**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

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

**CPF de:** Próprio

## 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

### 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