

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200373909

Vítima: ERENILTON PINHEIRO DE MELO

Data do Acidente: 05/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERENILTON PINHEIRO DE MELO

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ERENILTON PINHEIRO DE MELO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000039

Conta: 0000043449-8

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



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERENILTON PINHEIRO DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00039

CONTA: 000000043449-8

Nr. da Autenticação 2DEC5F1C4D3A3AAE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200373909 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERENILTON PINHEIRO DE MELO **Data do acidente:** 05/07/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE 4º E 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 4º E 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 4º E 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.24_ALTA MÉDICA.

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 médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

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: 826.859.834-49 **Eremilton Pinheiro de Melo**

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

5 - Nome completo: **Eremilton Pinheiro de Melo** 6 - CPF: **826.859.834-49**
7 - Profissão: **Recuse** 8 - Endereço: **R. Profetada** 9 - Número: **92** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Pa de Campina** 12 - Cidade: **Carabedelo** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58300-001**
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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **0039** CONTA: **43449** 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/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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(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 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.

34

Impressão digitalizada
assinatura
assinatura
assinatura
assinatura

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **João Pessoa - PB 19/10/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Eremilton Pinheiro de Melo**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04689.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04689.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:38 horas do dia 01 de outubro 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 Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Erenilton Pinheiro de Melo**, CPF nº 826.859.834-49, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Produção, filho(a) de Maria Pinheiro da Silva e Joaquim Severino de Melo, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 16/10/1972 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Joao Batista de Melo, Nº 86, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Cabedelo/PB.

Dados do(s) Fatos:

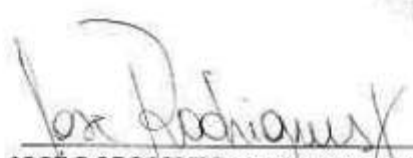
Local: Rodovia Br 230, Viaduto do Poço, Cabedelo/PB, bairro Poço; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/07/20 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

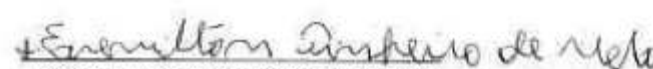
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 05/07/2020, POR VOLTA DAS 18:00, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA YAMAHA YBR DE COR BRANCA, ANO 2019, PLACA QSC-3423/PB, CHASSI 9C6RG3150K0006195, REGISTRADA EM NOME DE MARCOS ANTONIO DO NASCIMENTO, NA RODOVIA BR 230, NAS PROXIMIDADES DO VIADUTO DO POÇO, CABEDELÔ/PB, QUANDO UM ANIMAL ATRAVESSOU A PISTA E AO TENTAR LIVRAR O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E CAIU; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRAURA DE 4º E 5º QDD, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE.

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, 01 de outubro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


ERENILTON PINHEIRO DE MELO
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: 826.859.834-49 Eremilton Pinheiro de Melo

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

5 - Nome completo: Eremilton Pinheiro de Melo 6 - CPF: 826.859.834-49
7 - Profissão: Recuse 8 - Endereço: R. Profetada 9 - Número: 92 10 - Complemento:
11 - Bairro: Poa de Campina 12 - Cidade: Carabedelo 13 - Estado: PA 14 - CEP: 53300-003
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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 0039 CONTA: 43449 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/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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascidos)? ☐ 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 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.

34

Impressão digital
ou
Assinatura manuscrita

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 - 1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 19/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Eremilton Pinheiro de Melo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Baixe o Energia On

Este documento é uma cópia digitalizada da fatura de energia elétrica. A fatura original é emitida em papel e contém informações importantes para o cliente, como o valor da fatura, o consumo de energia e o prazo para pagamento. A cópia digitalizada é fornecida apenas para facilitar o acesso às informações e não substitui a fatura original.

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DA FATURA	CONSUMO (KWH)
16/07/2020	16/07/2020	R\$ 85,56	96 KWH

DESCRIÇÃO	VALOR
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	R\$ 85,56
TAXA DE DISTRIBUIÇÃO	R\$ 1,00
TAXA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA	R\$ 1,00
TAXA DE TRATAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00

DESCRIÇÃO	VALOR
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	R\$ 85,56
TAXA DE DISTRIBUIÇÃO	R\$ 1,00
TAXA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA	R\$ 1,00
TAXA DE TRATAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00

DESCRIÇÃO	VALOR
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	R\$ 85,56
TAXA DE DISTRIBUIÇÃO	R\$ 1,00
TAXA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA	R\$ 1,00
TAXA DE TRATAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00

DESCRIÇÃO	VALOR
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	R\$ 85,56
TAXA DE DISTRIBUIÇÃO	R\$ 1,00
TAXA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA	R\$ 1,00
TAXA DE TRATAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00

DESCRIÇÃO	VALOR
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	R\$ 85,56
TAXA DE DISTRIBUIÇÃO	R\$ 1,00
TAXA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA	R\$ 1,00
TAXA DE TRATAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00

DESCRIÇÃO	VALOR
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	R\$ 85,56
TAXA DE DISTRIBUIÇÃO	R\$ 1,00
TAXA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA	R\$ 1,00
TAXA DE TRATAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00

DESCRIÇÃO	VALOR
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	R\$ 85,56
TAXA DE DISTRIBUIÇÃO	R\$ 1,00
TAXA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA	R\$ 1,00
TAXA DE TRATAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00

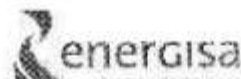
DESCRIÇÃO	VALOR
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	R\$ 85,56
TAXA DE DISTRIBUIÇÃO	R\$ 1,00
TAXA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA	R\$ 1,00
TAXA DE TRATAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE OBRAS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS	R\$ 1,00
TAXA DE MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES	R\$ 1,00

BOLETO PARA PAGAMENTO

Título emitido em 08/08/2020

Documento emitido sob a responsabilidade da ENE

Nº 949.254.981

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.215.873-2

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

AGO/2020

APRESENTAÇÃO

19/08/2020

CONSUMO

161

VENCIMENTO

26/08/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 141,70

Acesse www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/08/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-15

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32689150090195565	001698281202008	26/08/2020	R\$ 141,70	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/815JOTECWEB/DCCORIGINAL.ASPX?TIPO=12&CODIGO=25636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74 na qualidade do Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Erenilton Pinheiro de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 826.859.834 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Erenilton Pinheiro de Melo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 826.859.834 / 49 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal Pr. 6. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 19/10/2020

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Erenilton Pinheiro de Melo
DATA DE NASCIMENTO 16/10/72
NOME DA MÃE Maria Pinheiro da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1244460
DATA DO ATENDIMENTO 05/07/20
HORA DO ATENDIMENTO 18:58
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de 4º e 5º QDD
CID 10 S62.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, apresenta escoariações em face, trauma em mão direita, glasgow 15, pupilas iso/foto,

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, face
RX tórax, mão D
USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC:fratura de OPN sem deslocamento
RX:fratura de 4º e 5º QDD
USG:normal

TRATAMENTO:

1º atendimento + tala luva + encaminhamento, para Ortotrauma conforme pactuação

ALTA HOSPITALAR: 05/07/2020
DATA DA EMISSÃO: 17/09/2020


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Av. Orestes Lisboa, s/n - Pedro Gondim - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1244460



Identificação do paciente

ID 1516533	Nome ERENILSON PINHEIRO DE MELO	Sexo Masculino
Data de nascimento 16/10/1972	Idade 47 anos 8 meses 19 dias	Estado civil Prontuário
Mãe MARIA PINHEIRO DA SILVA	Religião	Pai JOAQUIM SEVERINO DE MELO
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO	Telefone
DDD Celular 00	Celular 00000000	DDD
Local de procedência CABEDELO	Número documento	Nº Cns
Endereço	UF PB	UF PB
	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R

Endereço

CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro JOAO BATISTA DE MELO
Número 86	Complemento	Ramo CENTRO	

Admissão

Data e Hora 05/07/2020 18:58:49	Número da pulseira 1000008802124	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA ____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
-------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos Paciente vítima aced. de moto, apresenta escoriações na face, avaliado e encaminhado à enfermaria.
Diagnóstico
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir

7^o Distrito de Caramuru
P. 1000008802124
CORREN 1244460



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Sumus todos
PARAIBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente ERENILSON PINHEIRO DE MELO	BAE 1244460	Data/Hora Entrada 05/07/2020 18:58:49	Data Baixa
Data de nascimento 16/10/1972	Idade 47a 8m 19d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe MARIA PINHEIRO DA SILVA		CNS	Prontuário
Endereço JOAO BATISTA DE MELO, 86	Bairro CENTRO	Município CABEDELO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THYAGO DUAVY FERRER LIMA	Nº Cons. Regional 9766/PB
Data/Hora Classificação 05/07/2020 18:58:49		Data/Hora Prescrição 05/07/2020 19:25:08	

ANAMNESE

PACIENTE ALCOLIZADO VEM AO SERVIÇO TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE TRAUMA VITIMA DE QUEDA DE MOTO(NAO FAZIA USO DE CAPACETE). APRESENTA ESCORIAÇÕES EM FACE, MMSS POSSIVEL FRATURA NA MÃO DIREITA E 3 QUIRODACTILO DA DIREITA E MMSS. AO EXAME A VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM CERVICALGIA A MOBILIZAÇÃO, RETIRADO COLAR B: EUPNEICO, TORAX COM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA E SEM ENFISEMA SUBCUTANEO OU CREPTAÇÃO C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM SANGRAMENTOS VISÍVEIS, ABDOME FLACIDO E INDOLOROSO A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E Pelve ESTÁVEL D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES E: APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM FACE MMSS(POSSIVEL FRATURRA EM MÃO DIREITA; CD = ANALGESIA SOLICITO TC DE CRANIO, FACE, RX TORAX, FAST, RX MAO DIREITA PARECER DA NEURO. ORTOPEDIA, BUCOMAXILO

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE MAO DIREITA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Thyago Duavy Ferrer
Cirurgião Geral e Videolaparoscopia
CRM-PB 9766 RQE 5429

Enfermeiro

THYAGO DUAVY FERRER LIMA
(CRM: 9766/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32155700 - CNES: 2593262

Paciente ERENILTON PINHEIRO DE MELO	BAE 1244460	Data/Hora Entrada 05/07/2020 18:58:49	Data Baixa
Data de nascimento 16/10/1972	Idade 47a 8m 20d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986534370
Mãe MARIA PINHEIRO DA SILVA			Prontuário
Endereço JOAO BATISTA DE MELO, 86	Bairro CENTRO	Município CABEDELO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO RAMALHO DINIZ	Nº Cons. Regional 2797/PB
Data/Hora Classificação 05/07/2020 18:58:49		Data/Hora Prescrição 05/07/2020 21:35:11	

ANAMNESE

PACIENTE POLITRAUMATIZADO EVOLUINDO SEM QUEIXAS E/OU INTERCORRÊNCIAS DO PONTO DE VISTA DA CIRURGIA GERAL. Rx de TÓRAX(SEM LAUDO): APARENTEMENTE SEM ANORMALIDADES. USG FAST: NORMAL. CM: ALTA DA CIRURGIA GERAL.

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Fernando Ramalho
CRM 2797
Cirurgia Geral
FERNANDO RAMALHO DINIZ,
(2797/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 05/07/2020 18:58:49

Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente ERENILTON PINHEIRO DE MELO	BAE 1244460	Data/Hora Entrada 05/07/2020 18:58:49	Data Baixa
Data de nascimento 16/10/1972	Idade 47a 8m 20d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986534370
Mãe MARIA PINHEIRO DA SILVA		CNS	Prontuário
Endereço JOAO BATISTA DE MELO, 86	Bairro CENTRO	Município CABEDELO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional AUTRAN DA NOBREGA ALVES	Nº Cons. Regional 4072/
Data/Hora Classificação 05/07/2020 18:58:49		Data/Hora Prescrição 05/07/2020 23:21:15	

ANAMNESE

BMF PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA EM FACE. NEGA EPISÓDIO DE SÍNCOPE OU ÊMESE. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E DOENÇAS DE BASE. (SIC) NO MOMENTO EM BEG, DESORIENTADO, COM SINAIS DE INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA, EUPNEICO, NORMOCORADO, VERBALIZANDO, AFEBRIL AO TOQUE, COM QUEIXAS ALGICAS, EM MACA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA HEMATOMA PERIORBITÁRIO (OD), FCC EM SUPERCÍLIO (D), FCC EM LÁBIO SUPERIOR, MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES EM FACE, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES, CAVIDADES NASAIS PÉRVIAS, ABERTURA BUCAL E MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS, OCLUSÃO COMO ANTES AO TRAUMA (SIC). AO EXAME TOMOGRÁFICO APRESENTA FRATURA BLOW-OUT (D) E FRATURA DE OPN, SEM GRANDES DESLOCAMENTOS, SEM REPERCUSSÃO CLÍNICA E NECESSIDADE DE TTO CIRÚRGICO NO MOMENTO. CD: 1 AVALIAÇÃO BMF 2 ORIENTAÇÕES 3 SUTURA 4 PRESCRIÇÃO DOMICILIAR 5 RETORNO AGENDADO PARA O CEREST PARA O DIA 10/07/2020 PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL 6 ALTA BMF 7 AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

Conduta

Em observação

Enfermeiro


AUTRAN DA NOBREGA ALVES
(: 4072/)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 05/07/2020 18:58:49



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seamos todos
PARAIBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ERENILTON PINHEIRO DE MELO	1244460	05/07/2020 18:58:49	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
16/10/1972	47a 8m 20d	Masculino	(83) 986534370
Mãe		CNS	Prontuário
MARIA PINHEIRO DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
JOAO BATISTA DE MELO, 86	CENTRO	CABEDELO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CAMILA MARIBONDO MEDEIROS RAMOS	9357/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
05/07/2020 18:58:49		05/07/2020 23:42:43	

ANAMNESE

ORTOPEDIA - FRATURA EXPOSTA DE 4 E 5 QDD (FALANGE PROX) LIBERADO DE DEMAIS ESPECIALIDADES CD> AO ORTOTRAUMA
CONFORME PACTUAÇÃO

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MG/TSM)

PROCEDIMENTO

TALA LUVA

Conduta

Em observação

Dra. Camila Maribondo M. Ramos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 9255 T607 15958

Enfermeiro

CAMILA MARIBONDO MEDEIROS RAMOS
(CRM: 9357/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 05/07/2020 18:58:49

Data:	05/07/2020 23:42
Usuário:	CAMILA
Boletim:	1244460

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	ERENILTON PINHEIRO DE MELO	Data de Nascimento	16/10/1972	Idade	47	Sexo	MASCULINO	Nº	1244460	Nº Prontuário	05/07/2020 23:42:43	
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição 05/07/2020 23:42:00 - 06/07/2020 23:42:00											
Convenio	Matrícula											
SUS	Senha											

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	---------------	-------------	-----	-------------

1	CEFAZOLINA SODICA 1G - D(1 / 1) de 1	1000.0	MG	E.V.	AGORA	
2	SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML)	5.0	ML	INTRAMUSCULAR	AGORA	

Reimpresso por:
dia:

CAMILA MARIBONDO MEDEIROS RAMOS

CRM: 9357

Assinatura e Carimbo do Profissional
Dr. Camila Maribondo M. Ramos
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/PA 9357 TERC 15959

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Usuário: THYAGO DUAVY
Bolalim 1244460

Nº Prontuário	1244460	Data Prescrição	05/07/2020 19:25:08
---------------	---------	-----------------	---------------------

Validade da Prescrição	05/07/2020 19:25:00 - 06/07/2020 19:25:00
------------------------	---

Sexo	MASCULINO
------	-----------

Idade	47
-------	----

Data de Nascimento	16/10/1972
--------------------	------------

Enfermaria / Leito	
--------------------	--

Matrícula	
-----------	--

Senha	
-------	--

Nome	ERENILSON PINHEIRO DE MELO
------	----------------------------

Motivo do Atendimento	
-----------------------	--

Convenio	SUS
----------	-----

Data da entrada:	05/07/2020 18:58:49
------------------	---------------------

Data da Internação:	27min
---------------------	-------

Permanência na	
----------------	--

Permanência no	
----------------	--

Via de Admin.	
---------------	--

Veloc. Inf.	
-------------	--

Pos	
-----	--

Aproximando	
-------------	--

Nome do medicamento	
---------------------	--

Dose	
------	--

U.M.	
------	--

Orientação de Uso	
-------------------	--

AGORA	
-------	--

AGORA	
-------	--

AGORA	
-------	--

AGORA	
-------	--

AGORA	
-------	--

AGORA	
-------	--

AGORA	
-------	--

AGORA	
-------	--

AGORA	
-------	--

AGORA	
-------	--

AGORA	
-------	--

AGORA	
-------	--

1	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML	
---	---------------------------------	-----	----	--

2	CETOPROFENO 100 MG	1,0	MG	
---	--------------------	-----	----	--

Observação:	DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9%
-------------	-----------------------------

Observação:	
-------------	--

Observação:	
-------------	--

Observação:	
-------------	--

Observação:	
-------------	--

Observação:	
-------------	--

Observação:	
-------------	--

Observação:	
-------------	--

Observação:	
-------------	--

Observação:	
-------------	--

Reimpresso em 05/07/2020

Dr. Thyago Duavy Ferrer Lima
CRM: 9766

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura e Carimbo do Profissional

Receituário

Paciente: ERENILSON PINHEIRO DE MELO

Data: 05/07/2020 20:45:24

Sexo Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 47

BAE: 1244460

Receituário

Paciente: ERENILSON PINHEIRO DE MELO

Data: 05/07/2020 20:45:24

Sexo Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 47

BAE: 1244460

USO ORAL

1. NIMESULIDA 100MG

TOMAR 01 COMPRIMIDO VO 12/12H
DURANTE 05 DIAS

1CX

USO ORAL

1. NIMESULIDA 100MG

TOMAR 01 COMPRIMIDO VO 12/12H
DURANTE 05 DIAS

1CX

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB 6900

Dr. GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA

6800/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB 6900

Dr. GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA

6800/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

Recetário de Controle Especial

Unidade de Saúde
HEETSH - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro
Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

Paciente
ERENILSON PINHEIRO DE MELO

Endereço do Paciente
10ª Rua JOAO BATISTA DE MELO, 86, CABEDELO-PB-53110000

Nº Cartão do SUS

BE 1244460

USO ORAL

1 HIDANTAL 100MG 3 CXS

TOMAR 01 COMPRIMIDO VO 8/8H

USO CONTINUO

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
CRM-PB 4900

05/07/2020 Data

Dr. GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
6800/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Identidade: _____

Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico _____ Data _____

Recetário de Controle Especial

Unidade de Saúde
HEETSH - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro
Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

Paciente
ERENILSON PINHEIRO DE MELO

Endereço do Paciente
10ª Rua JOAO BATISTA DE MELO, 86, CABEDELO-PB-53110000

Nº Cartão do SUS

BE 1244460

USO ORAL

1 HIDANTAL 100MG 3 CXS

TOMAR 01 COMPRIMIDO VO 8/8H

USO CONTINUO

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
CRM-PB 4900

05/07/2020 Data

Dr. GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
6800/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Identidade: _____

Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico _____ Data _____



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
ERENILSON PINHEIRO DE MELO	47A 8M 19D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1244460	05/07/2020 18:58:49	
Convênio	Leito	Permanência na Unidade
SUS		23min
	Clinica	Permanência no Leito
	CIRURGIA GERAL	

Parecer médico

Especialidade

BUCOMAXILOFACIAL

Profissional

Motivo da solicitação **Data da Solicitação:** 05/07/2020 19:21:43

PACIENTE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO TRAUMA DE FACE

Parecer **Data de Resposta:**

Dr. Thyago Duany Fêner
Cirurgião Bucal e Maxilofacial
CRM 56.914 RQE 5429



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Seus Todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Parecer Médico

Nome		Idade	Prontuário
ERENILSON PINHEIRO DE MELO		47A 8M 19D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade
1244460	05/07/2020 18:58:49		24min
Convênio	Leito	Clinica	Permanência no Leito
SUS		CIRURGIA GERAL	

Parecer médico

Especialidade

NEURO CIRURGIA

Motivo da solicitação

QUEDA DE MOTO E TCE

Parecer

Profissional

Data da Solicitação: 05/07/2020 19:22:02

Data de Resposta:

Dr. Thyago Pôrto Figueira
Cirurgião Geral
CRM-PB 9788 RQE-5429



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Sempre Todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Parecer Médico

Nome		Idade	Prontuário
ERENILSON PINHEIRO DE MELO		47A 8M 19D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade
1244460	05/07/2020 18:58:49		24min
Convênio	Leito	Clínica	Permanência no Leito
SUS		CIRURGIA GERAL	

Parecer médico

Especialidade

Profissional

ORTOPEDIA

Motivo da solicitação Data da Solicitação: 05/07/2020 19:22:48

QUEDA DE MOTO E APRESENTANDO DEFORMIDADE NA MÃO DIREITA

Parecer Data de Resposta:

Dr. Thiago Duarte Ferrer
Cirurgião Especialista em Ortopedia
CRM-PA 9788 RQE 5449



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 202032876058

Data Nasc: 18/10/1972 - 47 anos

Paciente: ERENILSON PINHEIRO DE MELO

Data Exame: 05/07/2020

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

Indicação: politraumatismo por acidente motociclistico.

Ausencia de liquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Ausencia de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 05/07/2020 20:02.

Dr. Lautonio Junior Loureiro
CRM: 5053 - PB

Nº: 655378

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome ERENILSON PINHEIRO DE MELO	CNS	Idade
Data de Nascimento 16/10/1972	Boletim Emergência 1244460	Prontuário
Material a examinar		
Seção: BLOCO CIRURGICO SALA 1		
Data Prescrição: 05/07/2020 19:25:08		

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE MAO DIREITA

Torax / mão
05 07 20
20 00
Rexneria
Rexneria

Reimpresso por: -
dia: -

Dr. Thiago Dany Eger
Cirurgião de Emergência
CRM-PA 9704805-1/23

Assinatura e Carimbo do Profissional

ULTRASSONOGRAFIA	
TIPO FAST	DATA 05/07/2020
HORA 20:05	NOME ENF. Deposito
SS:	

Deposito + Fa
05/07/20

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURIY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
59056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 326975 Atid: Nao Regul
Data: 06/07/2020
Hora: 00:37:05
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODR
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ERENILTON PINHEIRO DE MELO

Num. Prontuario: 2020.07.000399

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 826.859.834-49

CNS: 702902508132473 Sexo: M IDENTIDADE: 1606585 Fone: 986534370

Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 16/10/1972 Id: 47 ano(s)

End.: RUA JOAO BATISTA DE MELO, 86

Bairro: CENTRO Cidade: CABEDELO UF: PB

Mae: MARIA PINHEIRO DA SILVA

Pai: JOAQUIM SEVERINO DE MELO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUXILIAR DE PRODUCAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

IN AMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSA - GISLAINE NAO SOUBE DAR INFORM. SOBRE O ACIDENTE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: 30

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

tim de violência por: NAO

Caso Policial

2-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

po de Classificação de Risco:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

so: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

1. Ma: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: C24:

[] Regular [] Chocado

[] Vonico

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Por 15:50 25/05/2020 ao 10:00 no 07 horas

6- Chocado ao 15:50 25/05/2020 ao 10:00 no 07 horas

Diagnostico Ex. exposto ao 4º 5º 000

Conduta

Por 15:50 25/05/2020 ao 10:00 no 07 horas

6- 15:50 25/05/2020 ao 10:00 no 07 horas

Prescrição

Dilao

Horario da medicacao

Exatun Exposto ao 4º 5º 000

Exatun Focoso ao 4º 5º 000

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

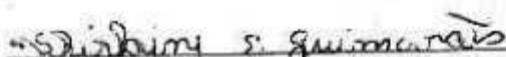
Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO: _____

DESTINO DO PACIENTE:

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ U.T.I
☐ Alta a Pedido ☐ Enfermaria Óbito: ☐ Atestado ☐ S.V.O ☐ I.M.L


 Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Erivaldo Pinheiro de Melo Data da Admissão: 06/07/2020
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 QPD: PW com 2m e 50cm e 50kg e 4000 kcal
 HDA: PW 5-ambulatorial no 5º andar com 1500
2500 kcal e 100g de proteína no 08hms. Van-210
ABO-4000 e 135mg de NCR e 3CMF para
A verificação de atividade. Aprox
de 500mg de 40 e 5000
 Medicamentos em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: RxHipóteses Diagnósticas: Rx Exame de F. 25.000Rx F. 25.000Conduta: Tudo P/ 500 curvasCondição devida ao 2º e 3º de 2000ATO. P/ 500 curvas500 curvas

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PREPARO EM DD.H. SOB ANESTESIA, ASSUP-
SÃO ANTISSÉPTICA A - POSIÇÃO DE CAMPOS QUER-
GICOS.

Incisão:

Achados:

FX DO 4º E 5º PUNTO PROXIMAL

Conduta:

- Reparo lacuna

- Fixação percutânea com P.K. Nº 1 (2 UNIDADES)

NO 4º QDD E P.K. Nº 1 (02 UNIDADES) NO 5º QDD

Fechamento:

CURATIVOS OSTIOMES

T.M. AUTO-REPARO ELIMIN

OBS:

Data: 10/07/2020

Decarte Nasser

Médico
CREMEC 20173

MÉDICO/CRM



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



Receituário

Paciente: ERENILTON PINHEIRO DE MELO

Data: 05/07/2020 23:42:09

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 47

BAE: 1244460

ORTOPEDIA

- FRATURA EXPOSTA DE 4 E 5 QDD (FALANGE PROX)

LIBERADO DE DEMAIS ESPECIALIDADES

CD> AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO

Dr. Camila Maribondo M. Ramos
Ortopedia e Traumatologia
15859
9357 PB

Dr.ª CAMILA MARIBONDO MEDEIROS RAMOS

9357/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



Receituário

Paciente: ERENILTON PINHEIRO DE MELO

Data: 05/07/2020 23:42:09

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 47

BAE: 1244460

ORTOPEDIA

- FRATURA EXPOSTA DE 4 E 5 QDD (FALANGE PROX)

LIBERADO DE DEMAIS ESPECIALIDADES

CD> AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO

Dr. Camila Maribondo M. Ramos
Ortopedia e Traumatologia
15859
9357 PB

Dr.ª CAMILA MARIBONDO MEDEIROS RAMOS

9357/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME ERENILTON PINHEIRO DE MELO					PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 47	SEXO M	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.29	LEITO:430	
DATA DE ADMISSÃO 06/07/2020		DATA DE ALTA 11/07/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura DE FALANGE PROXIMAL DO 4 e 5 QDD.					CID S 62.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES Rx de Falange demonstrando solução de continuidade óssea						
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO						

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
 Paciente portador(a) de fratura de falange foi submetido(a) a tratamento CIRÚRGICO com redução + fixação com fios de kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertensão, renal crônica, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
 Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
 Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: PROFENID, CEFALOXINA

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
 Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão. DR ALEXANDRE VISHIMI.

11/07/2020

DATA

Assinatura do Médico
 CRM 10.131/5

ASS. MÉDICO / C.R.M

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAMENTO
CENTRO NACIONAL DE HABITATON

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

INSCRIÇÃO / DATA DE NASCIMENTO
2527718 SEP 21/08/1982

CNPJ
046.502.754-74

PERIÓDO
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

RECEBIMENTO
ACC CALNE
17/01/2014

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

01051769000

15/01/2012

29/06/2001

ASSINATURA

Alexandra Cesar Duarte

ADMINISTRADOR DO PROJETO

LOCAL
JONAO PESSOA, PB

DATA DE EMISSÃO
17/01/2014

Assinatura

66588356744
98027919595

PROJETO PLANTIFICAR
894056231

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SERIE 1.606.595 -2 VIA DATA DE EXPEDICAO 13/10/2017

NOME ERENILTON PINHEIRO DE MELO

FILIAÇÃO JOAQUIM SEVERINO DE MELO
MARIA PINHEIRO DA SILVA

NATURALIDADE GUARABIRA-PB

DATA DE NASCIMENTO 16/10/1972

DOC ORIGEM NASC N.55242 FLS.25 LIV.98

CARTORIO GUARABIRA-PB

CNPJ 826.859.834-49

Assinado digitalmente por Erenilton Pinheiro de Melo

0 -

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA E DA PESQUISA SOCIAL P-041

INSTITUTO DE POLICIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

Carteira de Identidade

Erenilton Pinheiro de Melo

Assinado digitalmente por Erenilton Pinheiro de Melo

PROCURAÇÃO

Outorgante: Erenilton Pinheiro de Melo, brasileiro(a) estado civil Solteiro, profissão Auxiliar de Serviços Gerais, residente e domiciliado à Rua Genio Batista de Melo nº 86, bairro centro, Município de Cabelelo, Estado de(o) PR, Cep 58100-168, portador(a) do Rg nº 1.606.585, SSP/ e CPF nº 826.859.834-49.

Outorgado: Alexandria Reser Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 151, bairro Namipheira, Município de Paranaguá, Estado de (o) PR, Cep 58056-384, portador (a) do RG nº 2027713, SSP/ PR e CPF nº 046.502.754-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Erenilton Pinheiro de Melo, ocorrido em 05/04/20, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imobiliária.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Cabelelo, 23 de Julho de 2020.

 Erenilton Pinheiro de Melo
Outorgante
CPF Nº 826.859.834-49

Obs.: Reconhecer firma, em cartório, por autenticidade ou verdadeira.

Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registro

1º. Ofício de Notas e Registro de Imóveis e Registro de Pessoas Físicas

Rua Adolfo Pires, 85 - Centro - CEP: 58056-384 - Paranaguá - PR

Fone: (41) 3222-1144

Reconheço, por semelhança, a seguinte assinatura: ERENILTON PINHEIRO DE MELO
Em testada verdade, Cabelelo-PR: 21/07/2020 12:51:46
Sthefany Dornelas de Melo - Substituto
2020-005618TENDL:R\$ 10,22 FARPEN:R\$ 0,30 FEPJ:R\$ 2,04 ISS:R\$ 0,51
SELO DIGITAL: AXE36946-0VH#
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tibb.jus.br>

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0295555/20

Vítima: ERENILTON PINHEIRO DE MELO

CPF: 826.859.834-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERENILTON PINHEIRO DE MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ERENILTON PINHEIRO DE MELO : 826.859.834-49

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: 19/10/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA