



Número: **0803237-24.2021.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **06/08/2021**

Valor da causa: **R\$ 8.100,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ERENILTON PINHEIRO DE MELO (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53435 670	20/01/2022 13:59	Petição	Petição
53435 671	20/01/2022 13:59	2829340_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
53435 673	20/01/2022 13:59	2829340_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 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: 826.859.834-49 4 - Nome completo da vítima: 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: Recusado 8 - Endereço: R. Profetada 9 - Número: 42 10 - Complemento:

11 - Bairro: Pça de Campina 12 - Cidade: Cabedelo 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-003

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 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 8 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. 5º, §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(s)? ☐ 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

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 Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/01/2022 13:59:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22012013594325600000050635231

Número do documento: 22012013594325600000050635231



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**.

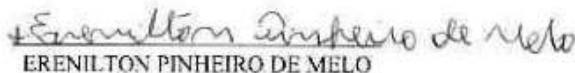
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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, CABEDELLO/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 ALCOBA 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

Procedimento Policial: 04689.01.2020.1.00.401

1/1





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: 826.859.834-49 4 - Nome completo da vítima: 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: Recusado 8 - Endereço: R. Profetada 9 - Número: 42 10 - Complemento:

11 - Bairro: Pça de Campina 12 - Cidade: Cabedelo 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-003

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: ☒ RECUSO 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 8 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. 5º, §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(s)? ☐ 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

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 Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/01/2022 13:59:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22012013594325600000050635231

Número do documento: 22012013594325600000050635231

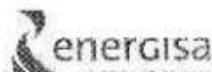


BOLETO PARA PAGAMENTO

Título de Pagamento

Documento de Pagamento

Valor do Documento: R\$ 141,70



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230 - Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.055.153/0001-40 - Insc. Est. 16.215.803-0

DADO DO CÍVIL	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 01 JOÃO PESSOA	5/1698281-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2020	19/08/2020	161	26/08/2020	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. JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº 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.seguradonalider.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: 4020-1596 / 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/815J0TECAWEB/DGCORIGINAL.ASPX?TIPO=12&CODIGO=19636>

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 COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. 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 de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Eremilton Pinheiro de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 826.859.834, 49

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Eremilton 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 Pre. 6. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Trangabeira</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

DLRDL001 V001/2017





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**
Serviço de Atendimento



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1244460



Identificação do paciente

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

Endereço

CEP 5310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro JOAO BATISTA DE MELO
Número 86	Complemento		Bairro 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 []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima ac. de moto, apresenta escoriações na face, avaliados e encaminhado B. exames.						
Diagnóstico						
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA						

Imprimir



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



Sejam 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			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 FLÁCIDO E INDOLOROSO A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PELLE ESTÁVEL D; GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES E; APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM FACE MMSS(POSSIVEL FRATURA EM MÃO DIREITA; CD = ANALGESIA SOLICITO TC DE CRÂNIO, FACE, RX TORAX, FAST, RX MÃO 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 CRÂNIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE MÃO DIREITA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

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

Enfermeiro

THYAGO DUAVY FERRER LIMA
(CRM: 9766/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



Paraíba
PARAIBA
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			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
FERNANDO RAMALHO DINIZ
Cirurgião Geral
FERNANDO RAMALHO DINIZ
(2797/PB)

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



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

Paciente
ERENILTON PINHEIRO DE MELO
Data de nascimento
16/10/1972
Idade
47a 8m 20d
Mão
MARIA PINHEIRO DA SILVA
Endereço
JOAO BATISTA DE MELO, 86
Acidente
QUEDA / OUTROS
Data/Hora Classificação
05/07/2020 18:58:49

BAE
1244460
Sexo
Masculino

Bairro
CENTRO

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
05/07/2020 18:58:49
CNS

Município
CABEDELO
Profissional
AUTRAN DA NOBREGA ALVES
Data/Hora Prescrição
05/07/2020 23:21:15

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 986534370
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
4072/

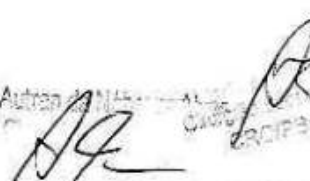
ANAMNESE

BMF PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA EM FACE. NEGA EPISÓDIO DE SINCOPE 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 LABIO SUPERIOR, MULTIPLAS 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
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, 5/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			Prontuário
Endereço JOAO BATISTA DE MELO, 86	Bairro CENTRO	Município CABEDELO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CAMILA MARIBONDO MEDEIROS RAMOS	Nº Cons. Regional 9357/PB
Data/Hora Classificação 05/07/2020 18:58:49		Data/Hora Prescrição 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

CEFAZOLINA 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 (MGTSM)

PROCEDIMENTO

TALA LUVA

Conduta

Em observação

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

Enfermeiro

CAMILA MARIBONDO MEDEIROS RAMOS
(CRM: 9357/PB)

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



Bolešt:	1244460
Usudno:	CAMILA
Bolešt:	1244460

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
ERENILTON PINHEIRO DE MELO	16/10/1972	47	MASCULINO	1244450		05/07/2020 23:42:43
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição		
				05/07/2020 23:42:00 - 05/07/2020 23:42:00		
Convênio		Matrícula		Senha		
SUS						
		Data da entrada:	Data da Internação:	Permanência na		Permanência no
		05/07/2020 18:58:49		4h 44min		
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Veloc. Inf.	Pos	Aprimoramento

1	CEFALOLINA 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

Dra. Cássia Marinho M. Ramos
Ortopedia e Traumatologia
(044) 9351-7835 Telex 15958



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Usuário: THYAGO DUAVY

Bolém 1244460



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	ERENILSON PINHEIRO DE MELO	Data de Nascimento	16/10/1972	Idade	47	Sexo	MASCULINO	Nº	1244460	Nº Prontuário	05/07/2020 19:25:08
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição 05/07/2020 19:25:00 - 06/07/2020 19:25:00										

Convenio	SUS	Matrícula	Senha	Data da entrada:	05/07/2020 18:58:49	Data da Internação:	27 min	Permanência na	Permanência no
----------	-----	-----------	-------	------------------	---------------------	---------------------	--------	----------------	----------------

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Int.	Pos	Aproximamento
---------------------	------	------	-------------------	---------------	-------------	-----	---------------

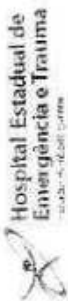
1	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	ML	EV.	EV.	AGORA	AGORA
2	CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG	Observação: DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9%	EV.	AGORA	AGORA

Reimpresso por:
Dr. Thyago Duavy Ferrer Lima
CRM: 9766

THYAGO DUAVY FERRER LIMA

CRM: 9766

Assinatura e Carimbo do Profissional



Receituário

Paciente: ERENILSON PINHEIRO DE MELO Idade: 47
Data: 05/07/2020 20:45:24 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1244460

USO ORAL

1. NIMESULIDA 100MG 1CX

TOMAR 01 COMPRIMIDO VO 12/12H
DURANTE 05 DIAS

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
CRM-PB 8900
Neurocirurgia

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



Receituário

Paciente: ERENILSON PINHEIRO DE MELO Idade: 47
Data: 05/07/2020 20:45:24 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1244460

USO ORAL

1. NIMESULIDA 100MG 1CX

TOMAR 01 COMPRIMIDO VO 12/12H
DURANTE 05 DIAS

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
CRM-PB 8900
Neurocirurgia

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

Recetário de Controle Especial

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

Paciente:
ERENILSON PINHEIRO DE MELO

Endereço do Paciente:
10º Rua JOAO BATISTA DE MELO, 86, CABEDELO-PB-53114000

Nº Cartão do SUS: _____

BE: 1244460

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

Paciente:
ERENILSON PINHEIRO DE MELO

Endereço do Paciente:
10º Rua JOAO BATISTA DE MELO, 86, CABEDELO-PB-53114000

Nº Cartão do SUS: _____

BE: 1244460

USO ORAL
1 HIDANTAL 100MG 3 CXS
TOMAR 01 COMPRIMIDO VO 8/8H
USO CONTINUO

USO ORAL
1 HIDANTAL 100MG 3 CXS
TOMAR 01 COMPRIMIDO VO 8/8H
USO CONTINUO



05/07/2020 Data

Dr. GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA 6900/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Identidade: _____

Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico _____ Data _____

05/07/2020 Data

Dr. GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA 6900/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



Somos 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	Clínica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		23min
		Permanência no Leito

Parecer médico	Profissional
Especialidade BUCOMAXILOFACIAL	
Motivo da solicitação PACIENTE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO TRAUMA DE FACE	Data da Solicitação: 05/07/2020 19:21:43
Parecer	Data de Resposta:

Dr. Thyago Duvy Ferrer
Cirurgião Bucal e Maxilo-facial
CRM 19.974 RQE 5428





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



Somos 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		Profissional
Especialidade		
NEURO CIRURGIA		
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 05/07/2020 19:22:02	
QUEDA DE MOTO E TCE		
Parecer	Data de Resposta:	

Dr. Thyago Duany F. F. F.
Cirurgião Geral
CRM-PB 97168 RDE-5429





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



Sejas 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	Clínica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		24min
		Permanência no Leito

Parecer médico	Profissional
Especialidade	
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 Quay Ferrer
Cirurgião Geral - Especialista em Trauma
CRM - PB 97883/05-4429





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. Lautionio Junior Loureiro
CRM: 5053 - PB





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Unidade Hospitalar 5007

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM Nº: 655378

Nome	ERENILSON PINHEIRO DE MELO	CNS	Idade
Data de Nascimento	16/10/1972	Boletim Emergência	Prontuário
Material a examinar	1244460		
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 MÃO DIREITA

Torax / mão
05 07 20
20 00
Requerida
Suelio Moreira

Reimpresso por:-
dia:-

Dr. Thiago Drey Eber
Cirurgião Plástico
CRM 18.910-8/2019

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura eletrônica por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/01/2022 13:59:43

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

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

DADOS DO PACIENTE

Nome: ERENILTON PINHEIRO DE MELO

Num. de vezes atendido: 1

Nome Social: NAO INFORMADO

CPF: 826.859.834-49

Num. Prontuario: 2020.07.000399

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

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: AUXILIAR DE PRODUCAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

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

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia 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 [] Dispneta

1. maia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: Q2:

[] Regular [] Chocado

[] Vonico

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Por via 10450 15055-55 25 1040 NAO 07 NAO 00
E - Curacao 20 15055-55 25 1040 NAO 07 NAO 00

Diagnostico Ex. Ex. 20 40 50 000

Conducao

Por 15055-55 25 1040 NAO 07 NAO 00
E - Curacao 20 15055-55 25 1040 NAO 07 NAO 00

Prescricao

Ex. Ex. 20 40 50 000

Ex. Ex. 20 40 50 000



[illegible]

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

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

Assinatura e Carimbo do Médico



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. de 50000Rx Exame de F. de 40000Conduta: Tudo P/ 50000 examesConduta de F. de 20000 e F. de 40000At. P. A. de 20000 e F. de 40000500 exames

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PREPARO EM DD.A, SOB ANESTESIA, ASSUP-
SIA ANESTESIA A POSIÇÃO DE CAMPOS CURET-
GICOS-

Incisão:

Achados:

FR DO 4º E 5º PERÍODO PROXIMAL

Conduta:

- Rotação INCRUSTA
- Posição PERICUTANEA COM F.R. Nº 1 (2 UNIDADES)
NO 4º QDD E F.R. Nº 1 (2 UNIDADES) NO 5º QDD

Fechamento:

CURATOS OSTIOMES,
T.M. AUTO-BRANCO EMBRAN

OBS:

Decarte Nasser

Médico
CREMEC 20173

MÉDICO/CRM

Data: 10/07/2020

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Receituário

Paciente: ERENILTON PINHEIRO DE MELO Idade: 47
Data: 05/07/2020 23:42:09 Sexo: Masculino CPF: Não Informado 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
TERT 15959

DR. 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 Idade: 47
Data: 05/07/2020 23:42:09 Sexo: Masculino CPF: Não Informado 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
TERT 15959

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

DATA	ASS. MÉDICO / C.R.M.
11/07/2020	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 PATRULHA NACIONAL DE VEICULOS

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

IDENTIDADE / DATA DO NASCIMENTO
 2627718 28/08/1982

CPF
 046.502.754-74 DATA DE NASCIMENTO
 21/08/1982

PERCÃO
 ALEXANDRE DE ARADJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

RENDA
 R\$ 1.200,00

ACC
 0

CALHA
 0

ENDEREÇO
 01651-000

DATA
 16/01/2019

PLACA
 29/06/2001

VALIDA EM TODOS
 OS ESTADOS DO BRASIL
 894056231

ORIENTAÇÃO

Alexandra Cesar Duarte
 AGENTE DE IDENTIFICAÇÃO

LOCAL
 JONAS PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 17/01/2014

Rodrigo Carneiro
 AGENTE DE IDENTIFICAÇÃO

66588156744
 98027915395

894056231



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1.606.585 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 13/10/2017

NOME ERENILTON PINEIRO DE MELO

PRACAO JOAQUIM SEVERINO DE MELO
MARIA PINEIRO DA SILVA

NATURALIDADE GUARABIRA-PB

DOIS OFICINA
NASC. N. 55242 FLS. 25 LIV. 98
CARTORIO GUARABIRA-PB

CPF 826.859.834-09

DATA DE NASCIMENTO 16/10/1972

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-041

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Carteira de Identidade

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES



PROCURAÇÃO

Outorgante: Emenilton Pinheiro de Melo, brasileiro(a) estado civil solteiro, profissão Auxiliar de Cozinha, residente e domiciliado à Rua Seno Batista de Melo nº 86, bairro centro, Município de Cabedelo, Estado de(o) PR, Cep 58100-168, portador(a) do Rg nº 1.606.585, SSP/ e CPF nº 8.26.859.834-49.

Outorgado: Alexandria Bessa Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa, nº 151, bairro Mamigueira, Município de Paraná, Estado de(o) PR, Cep 58056-384, portador(a) do RG nº 2027718, SSP/ 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) Emenilton Pinheiro de Melo, ocorrido em 05/07/20, 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.

Cabedelo, 23 de Julho de 2020.

Assinado
Digitalmente
por

Emenilton Pinheiro de Melo
Outorgante
CPF Nº 826.859.834-49

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

Figueirêdo Dornelas Serviço Notarial e Registro
1º Ofício de Notas e Registro da Região do Paraná
Rua Adolfo de Mello, 100 - Centro - CEP 80040-000 - Curitiba - PR

Reconheço, por assinaturas, (21) FIRMAS DE:
EMENILTON PINHEIRO DE MELO
Em test. da verdade, Cabedelo-PR 21/07/2020 12:51:46
Stefany Dornelas de Melo - Substituto
C2020-0056187END:R\$ 10,22 FARPEN:R\$ 0,30 FEPJ:R\$ 2,04 ISS:R\$ 0,51
SELO DIGITAL: ANE36946-0VAH
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO 2 VARA MISTA DA COMARCA DE CABEDELO/PB

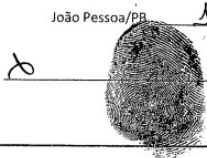
Processo n.º 08032372420218150731

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscrive, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ERENILTON PINHEIRO DE MELO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA NECESSIDADE DA PROCURAÇÃO SER OUTORGADA POR INSTRUMENTO PÚBLICO

É cediço que nas procurações em que o outorgante não possui condições de assinar não comporta a outorga via instrumento particular, mas tão somente por instrumento público, conforme interpretação a contrario sensu do art. 654 do Código Material Civil.

Ocorre que, *in casu*, na procuração juntada aos autos, a outorga tem sido feita por instrumento particular, não obstante a parte autora não conseguir assinar seu nome, conforme exigência daquele dispositivo legal.

João Pessoa/PB 10-07-20


 OUTORGANTE

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte autora para sanar o vício contido no documento acostado no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a procuração outorgada é evada de vício não produzindo, assim, nenhum efeito legal.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

DO LAUDO PERICIAL

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.



Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CABEDELO, 28 de dezembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

