



23/07/2020

Número: **0801105-82.2020.8.15.0131**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Cajazeiras**

Última distribuição : **20/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO BATISTA LEITE (AUTOR)		JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32598 437	23/07/2020 15:24	2737532_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Relatório Médico

Paciente **Francisco Batista Leite**, 35 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x carro) no município de Cajazeiras- PB no dia 04/10/2018 com BO de número 721/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, fratura fechada no metatarso do 02°, 03° e 04° pododáctilo do pé esquerdo e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a imobilização no pé + pododáctilos esquerdo com uso de tala gessada por um período de 05 dias, posteriormente o mesmo foi submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura nos ossos do pé esquerdo com redução + fixação com colocação de 01 fio de Kirschner por um período de 45 dias, em seguida submeteu-se a novo procedimento cirúrgico para a retirada do fio de Kirschner + colocação de tala gessada por + 30 dias e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 10 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 07/01/2019.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Pé + 02°, 03° e 04° pododáctilo esquerdo apresenta 01 cicatriz linear, plana com cerca de 04cm localizado na região dorsal do pé esquerdo (Cicatriz de acesso cirúrgico), edema residual muito importante, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, ausência de força muscular dos movimentos de flexão e extensão e parestesia. Paciente deambula em marcha claudicante.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 75% da capacidade funcional do pé + 02°, 03° e 04° pododáctilo esquerdo.

Drª Luiziane Lira N. Fontes
Médica
CRM/PB-8445

04 FEV. 2019

LABCLIN - Cajazeiras – PB - Rua: Odilon Cavalcante, 78 – Centro-CEP: 58900-000
Fone: (83) 3531-4469



Cajazeiras, 31.01.2019

Dr^a Luiziane Lira N. Fontes
Médica
CRM/PB-8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

04 FEV. 2019

LABCLIN - Cajazeiras - PB - Rua: Odilon Cavalcante, 78 - Centro-CEP: 58900-000
Fone: (83) 3531-4469





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476 CGC/CPF: 06.776.269/0020-23

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CALAZEIRAS

END.: RUA TABELIAO ANTONIO HOLANDA

MUNICÍPIO: CALAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: OUTROS TIPOS DE ACIDENTE

Nome: FRANCISCO BATISTA LEITE

Raça/Cor: PARDA Idade: 34 ano(s) mês(es) de idade dia(s) de idade Sexo: M

Dt. Nasc: 03/12/1983

Mãe: MARIA DILMA BATISTA LEITE Documento: rg 2 842 041

Profissão: AGRICULTOR Nº: 40

Endereço: BAIRRO MULTIRAO

Bairro: BAIRRO MULTIRAO

Município-UF - CEP - IBGE: CALAZEIRAS - PB - 58900000 - 250370

Telefone para contato (83) 3351-3563 /

Data e Hora: 04/10/2018 11:13:58

Queixa Principal:

Alergia Medicamentosos: () Não () Sim

SSV

PA: TEMP: .

PESO: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente reflete de queixa referida
do co. Pe (E) vítima de
Acidente de Motocicleta

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
- ☒ 01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO
- ☐ 02 - URGÊNCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

Salvo a seguir

CID-10: _____

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1. PRESCRITA
- ☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☒ RESIDÊNCIA
- ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ ÓBITO
- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1.	0	3	0	1	1	0	6	0	1	1	0	0
2.												
3.												

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

Dr. Carlos Roberto de Sousa Santos - 4676 - 3000851

Ortopedia - 4676 - PB

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Francisco Batista Leite

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

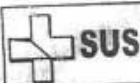
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIMBO

CAVASTRO: 7 89559/105

ECEPCIONISTA: WILLIAM LOPES





Sistema
Único da
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

13

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

4 - CNES

2 6 1 3 4 7 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Oswaldo Batista Leite

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1810184

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70131013101459103710

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/12/1983

MASC. ☒ 1FEM. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mônica Lima Batista Leite

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Profeta

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cajazeiras

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

50370

15 - UF

PB

16 - CEP

5840000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Certeza de trauma

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

de movimento e dor

07 JAN. 2019

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Fracasso do 2º, 3º, 1º coléto

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fracasso do 2º, 3º, 1º coléto

21 - CID 10 PRINCIPAL

S62.6

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04108929377

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/10/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Carlos Fabrício de S. Santos

Ortopedia - Traumatologia

CRM: 4676 - PB

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

08/10/2018

CRM: 2539

AUDITOR



Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba 117-03
Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
Nome: Francisco Batista Leite Filho de: Severino
e de: Edilma B. Leite
Residência: Rua Projectada Bairro Futuro. Cajazeiras PB Idade: 34 anos
Cor: Amarelo Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro
Naturalidade: Cajazeiras Profissão: Desenvolvedor
Internado em 08 de Outubro de 2018

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Paciente vítima de trauma referindo dor
em pé (F)

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Dor localizada de nomenclatura e deformidade do
pé (F)

07 JAN. 2019

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

Diagnóstico: Fratura do 2º, 3º, 4º metatarsos do pé (F)





Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Enfermaria: 117 Leito: 30 Categoria: 43

Idade:

Cor:

RELATÓRIO

HORÁRIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

DATA

Fratura do 2º, 3º e 4º metacarpo da 1ª F.
- CO: Prescrição cirúrgica
Sólido pré-operatório
Risco cirúrgico + F.O.

Dr. Carlos Fabrício de S. Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 4576 - PB

Dr. Carlos Fabrício de S. Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 4576 - PB

07 JAN 2019





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Categoria:

Leitor:

Enfermeriac

Figure 1

RELATÓRIO

HORÁRIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA

* Propane do Ziczi we fufund

SPD-1
Cavalier grape all done

Wrenbler

55 W. 1st St
Cambridge, Mass

Dr. Palmerindo Mendonça
Ortopedia e Traumatologia
Cidade de São Paulo, SP

2

10/ ① Dieta buie
10 ② SF 0,9% 500ml c.v. 12/12 kb
18. ③ Keparol 01g. c.v. 8/8 kb.
④ Pipirama Olamp + ABD. c.v. 6/6 kb.
⑤ Tilatil 40mg + ABD. c.v. 1x2q.
⑥ CC66 + SGV.
⑦ Tramadol 100 mg + SF 0,9% 1000ml c.v.

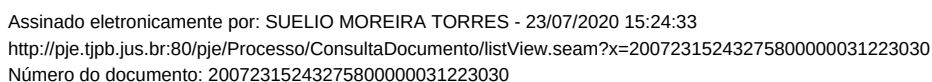
Dr. Palmira Mendonça

07 JAN. 2019



Nome: João Batista Enf.: 177 Leito: 03

07 JAN. 2019

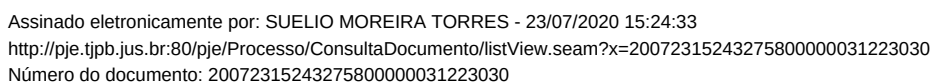


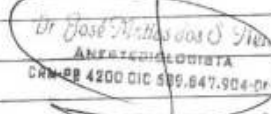


Nome Geo Batista Leite Idade Enf. 117 Leito 03

07 JAN. 2019

0-00 IDEAL 1870-3834-5442



HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS						ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Francisco Batista Leite</u>				IDADE <u>34a</u>	SEXO <u>M</u>	COR <u>B</u>	
DATA <u>09/10/2018</u>	PRESSÃO ARTERIAL <u>130x80</u>	PULSO <u>78 bpm</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
URINA									
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIA				
ESTADO VENTAL			ATARAXICOS	CORTICÓIDES	ALEGRIA		HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES						ASA <u>I</u>		<u>R₁</u>	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADAS ÀS		EFEITO	
16:40h						17:40h			
AGENTE ANESTÉSICO	02					INDUÇÃO			
LIQUIDO						Satisf. _____ Excit. _____ Tos _____			
						Laringo Espasmo: _____ Lenta: _____			
						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
						Outros: _____			
						MANUTENÇÃO			
						<u>Fentanyl 100 µg</u>			
						ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____			
						Não Por Que _____			
						DESPERTAR			
						Reflexos na SO _____			
						Obstr: _____ CO _____ Excit: _____			
						Náuseas: _____ Vômitos: _____			
						Outros: _____			
						Com Cânula			
						Para o Leito: Sim _____ Não _____			
						CONDIÇÕES:			
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES	Venoclise oximetria PANI				07 JAN. 2019				
ANOTAÇÕES									
AGENTES	<u>Bupivacaína a 0,5% pesada (12,5mg)</u>								
TÉCNICA	<u>Raquianestesia punção paramediana L3-L4</u>								
OPERAÇÃO	<u>Tratamento cirúrgico de pé</u>								
CIRURGIÕES	<u>Dr. José Luciano</u>								
ANESTESISTAS	<u>Dr. José Matias</u>								
OBSERVAÇÕES									
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						CÂNULAS <u>Aguilha 26 G</u>			
						 ANESTESIOLOGISTA CRM-PR 4200 CIC 589.647.904-01			
						PERDAS SANGÜÍNEAS			



Hospital

Nome do Paciente	Nº Prontuário
------------------	---------------

Data Operação	Enf.	Leito
---------------	------	-------

Operador	1º Auxiliar
----------	-------------

2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
-------------	-------------	----------------

Anestesista	Tipo de Anestesia
-------------	-------------------

Diagnóstico Pré-Operatório

Tipo de Operação

Diagnóstico Pós-Operatório

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) PET e ADH SOLAR
- 2) ANTIVIRAL
- 3) Apoiar os endos com
- 4) Fim
- 5) Morte
- 6) Fim
- 7) Ligar com 10-0-52
- 8) Sutura + Tm no com

Dr. José Landim Neto
MÉDICO
CRM - PB 11767

07 JAN. 2019



Not intended for official interpretation.

FRANCISCO BATISTA LEITE
20181004-01-0017

Hospital Regional de Cajazeiras
- kV, - mAs
UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:0.69 g:3.09 sb:4.58 eq:1 nr:0 dc:3.3...
Zoom 100%

M
1

AP

E

SD mm

12:15 PM
10/4/2018

07 JAN. 2019



Not intended for official interpretation.

FRANCISCO BATISTA LEITE
20181004-01-0017

M
1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:0.69 g:3.09 sb:4.58 eq:1 nr:0 dc:3.3...

Zoom 100%

Oblique

E

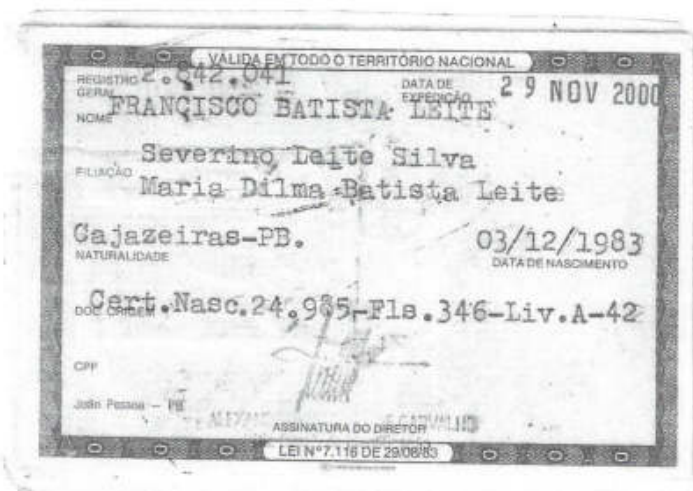


SiD mm

07 JAN. 2019

12:15 PM
10/4/2018

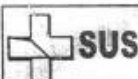




07 JAN. 2019



EXCEPCIONISTA: WILLIAM LOPES



Sistema
Único da
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

13

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 6 1 3 4 7 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

07 JAN. 2019

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

CRM: 2539
AUDITOR

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba 117-03
Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. Imaculada Batista Leite Observação N°
Nome: Imaculada Batista Leite Filho de: Severino
Leite Silva e de
Residência: Rua Proctada Bairro Futuro Cajazeiras PB Idade: 34 anos
Cor: Amarelo Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro
Naturalidade: Cajazeiras Profissão: Desenvolvedor
Internado em 08 de Outubro de 2018

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Paciente vítima de trauma referindo dor
em pé (F)

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Dor localizada de natureza e deformidade do
pé (F)

07 JAN. 2019

Exames Complementares: (Raio X, Laboratório)

Diagnóstico: Fratura do 2º, 3º, 4º metatarsos do pé (F)

Impressão Digital (R) 351.2442



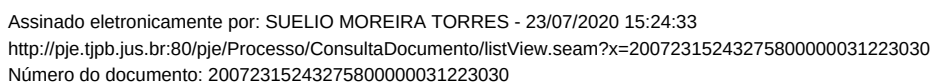
Nome:	Idade:	Cor:	Enfermaria: 117	Leito: 02	Categoria:
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO		
08 10 13	1) Dieta leve 2) Dieta para gto 40 VO de 800g SW 3) SW + EC 50g		Fratura do 2º, 3º, 4º metacarsos do 5º (F)		
			- CV = Programação cirúrgica solução pré-operatória Risco cirurgia + FCO.		
	Dr Carlos Fabrício de S. Santos Ortopedia - Traumatologia CRM: 4576 - PB		Dr Carlos Fabrício de S. Santos Ortopedia - Traumatologia CRM: 4576 - PB		





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Francisco Batista Pontes Cor: Enfermagem: Leitor: Categoria:

[illegible]



Nome: E. Bertis

Enf.: 177

Leito: 03

07 JAN 2019

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Idade _____ Enf. 117 Leito 03

07 JAN. 2019



HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS					ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Francisco Batista Leite</u>			IDADE <u>34a</u>	SEXO <u>M</u>	COR <u>B</u>
DATA <u>09/10/2018</u>	PRESSÃO ARTERIAL <u>130x80</u>	PULSO <u>72 bpm</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIA		
ESTADO VENTAL <u>Consciente</u>			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALEGRIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de dedo do pé</u>					ESTADO FÍSICO <u>ASA 1</u>	RISCO <u>R1</u>	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADAS ÀS	EFEITO	
<u>16:40h</u>					<u>17:40h</u>		
AGENTE ANESTÉSICO	02					INDUÇÃO	
						Satisf. _____ Excit. _____ Tos. _____	
						Laringo Espasmo: _____ Lenta _____	
						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
						Outros: _____	
						MANUTENÇÃO	
						<u>Fentanyl 100µg</u>	
						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____	
						Não Por Que _____	
						DESPERTAR	
						Reflexos na SO _____	
						Obstr.: _____ CO _____ Excit. _____	
						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
						Outros: _____	
						Com Cânula _____	
						Para o Leito: Sim _____ Não _____	
						CONDIÇÕES: _____	
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES							
ANOTAÇÕES	<u>Venoclise oximétrica PANI</u> <u>Q</u>						
AGENTES	<u>Bupivacaína a 0,5% pesada (12,5mg)</u>						
TÉCNICA	<u>Raquianestesia punção paramediana L3-L4</u>						
OPERAÇÃO	<u>Tratamento cirúrgico do pé (E)</u>						
CIRURGIÕES	<u>Dr. José Luciano</u>						
ANESTESISTAS	<u>Dr. José Matias</u>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDAS SANGÜÍNEAS		

07 JAN. 2019

Dr. José Matias dos S. Almeida
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PE 4200 CIC 505.847.904-0x



Not intended for official interpretation.

FRANCISCO BATISTA LEITE
20181004-01-0017

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:0.69 g:3.09 sb:4.58 eq:1 nr:0 dc:3.3...
Zoom 100%



07 JAN. 2019



Not intended for official interpretation.

FRANCISCO BATISTA LEITE
20181004-01-0017
M
1

Hospital Regional de Cajazeiras
- kV, - mAs
nr:0 dc:3.3...
Zoom 100%

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:0.69 g:3.09 sb:4.58 eq:1

Oblique

E



SID mm

07 JAN. 2019

12:15 PM
10/4/2018



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Maria Dilma Batista Leite
portador do RG: 3985611, data de expedição 10 / 02 / 1991
órgão expedidor SSP / PB, CPF: 298.408.564-72
com domicílio na cidade de Capoazeiro, no estado de Pernambuco
onde resido na Rua Dom. Moisés
número 549, complemento Espançola
DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima, Francisco Batista Leite
cujo condutor era Francisco Batista Leite
VEÍCULO: PAS / MOTOCICLETA
ANO: 2008
MODELO: YAMAHA / XTZ 125 K 2008
PLACAS: MND 4072 / PB
CHASSI: 9CGKE094080028637
DATA DO ACIDENTE: 04 / 10 / 2018

Capoazeiro - PB 10/12/2018
Local e Data

Maria Dilma Batista Leite
Assinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA

Francisco Batista Leite
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



07 JAN. 2019



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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 Leanissa Evelyn Araújo Junior inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Batista Leite inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.397.334 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Francisco Batista Leite, inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.397.334 / 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso 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 Castro Alves</u>		Número <u>31</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Capangiras</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>58900-000</u>
Email <u>vinadpvatiz@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99813.12.66</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99415-58.35</u>

Capangiras PB 04 de junho de 2019
Local e Data

Leanissa Evelyn Araújo Junior
Assinatura do Declarante

6102 'NVR' 70

DLDR001 V001/2017



KILDARY FERREIRA BRAGA
RUA CASTRO ALVES, S/N - CENTRO
CAJAZEIRAS / PB CEP: 56900000 (A/S 212)

Emissão: 14/11/2018 Referência: Nov / 2018
Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-220, Km 25 - Centro Rodeador João Pessoa / PB - CEP: 56071-600
Roteiro 9 - 212 - 140 - 5920 Nº medidor: 0008082755

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 09.095.112/0001-40 Insc. Est: 16.015.020-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica 17015.545.905
Cód. par Deb. Automático: 00013867379

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	14/11/2018	13/12/2018	578.245.414-87
			Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1386737-9

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/10/18	2005	14/11/18	2085		90	28
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Taxa/Valor	Valor Base Calc. Alq. Icms(R\$) Base Calc. Pto(R\$) Colat(R\$)		
				Tributo Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS	Pto/Colat(R\$) (2,94476%)(R\$3463N)	
0601	Consumo em kWh	80.000	0,820250	49,21	49,21	25
0801	Adic. B. Vermelela			2,22	2,22	25
0801	Adic. B. Amarela			0,41	0,41	25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0907	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			0,40	0,00	0
0904	JUROS DE MORA 10/2018			0,26	0,00	0
0905	MULTA 10/2018			1,19	0,00	0
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,22	0,00	0

07 JAN 2019

CCI: Códigos de Classificação de Item TOTAL 62,94 51,91 12,98 51,91 0,48 2,25
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

111 22/11/2018 R\$ 62,94
Histórico de Consumo (kWh)

173 | 155 | 138 | 155 | 157 | 143 | 138 | 42 | 0 | 30 | 81 | 68
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

f4d0.8f77.264f.50f5.3119.1a04.18d3.9616.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação		Valor (R\$)	%
DIGITAL	5,79	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia/PB	12,81	20,25	
DIGITAL	11,58			Consumo de Energia	18,00	28,56	
DIGITAL	23,16			Serviço de Transmissão	1,98	3,11	
DIGITAL	3,48			Encargos Setoriais	2,60	4,13	
DIGITAL	6,97	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231	Impostos Diretos e Encargos	28,79	45,85	
DIGITAL	13,95			Outros Serviços	0,00	0,00	
DIGITAL	5,27			Total	62,94	100,00	
DIGITAL	12,22	0,00					

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura confirmada

07 JAN 2019

PARAIBA

Roteiro: 9 - 212 - 140 - 5920
Matrícula: 1386737-2018-11-8

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

22/11/2018

R\$ 62,94

83600000000-7 62940054000-7 13867372018-9 11600212019-8



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Wanissa Evelyn Araújo Lima

RG nº 2008772140-0, data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP-CE,

CPF nº 074430.873-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Castro Alves</u>
Número	<u>5N.</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Lapageiras</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813.12.66 / 99415-58-35</u>
E-mail	<u>verasidprivatcg@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Lapageiras - PB 30/12/2018

Assinatura do Declarante: Wanissa Evelyn Araújo Lima

07 JAN 2019



ANA PAULA DUARTE DE SOUZA
RUA FRANCISCO RENAÚDO ALVES, S/N - PROX
CAJAZEIRAS/PB CEP: 58000-000 (A.D. 212)
Emissão: 27/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Serviço: RESCENCIAL / BAIKA RENDA MONOFÁSICO B1200 Km 25, Centro Redentor, João Pessoa/PB - CEP 58071-601
Roteiro: 17-212-255-5-60 NF Medidor: 00008233127

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 08.065.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.825.1

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 013.147.809
Cód. para Dth. Automático: 00014335012

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/ RANI
Set / 2018 27/09/2018 29/10/2018 086.916.264-69
Ins. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/1433501-2

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/08/18	4248	27/09/18	4278	1	30	29

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa	Valor Base	Alq.	ICMS (R\$)	Base Calc.	Pot (R\$)	Cofins (R\$)
				Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)	Pot (R\$) (0,0069%) (2,7464%)		
0601	Consumo até 20kWh-BR	30,000	0,201770	0,06	0,00	0	0,00	0,05	0,02
0601	Acc. B Vermeja			0,54	0,00	0	0,00	0,54	0,02
0610	Subsídio			12,94	0,00	0	0,00	12,94	0,49

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0804	JURD. DE MORA 08/2018			0,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2018			0,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0909	CREDITO A COMPENSAR (-) 09/2018			-7,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-12,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação de Item TOTAL 0,00 0,00 0,00 18,53 0,15 0,72

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**

28 **04/10/2018 R\$ 0,00**

Histórico de Consumo (kWh)

0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 55 | 113 | 89 | 10 | 17 | 17 | 29
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

093a.4193.e7f1.2221.2d4b.5d81.a570.b2ab.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limites de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIONAL	5,78	0,00	NOMINAL	220	Serviços de Out. de Energia/PB	2,05	27,08
DIC TRIMESTRAL	11,59				Comp. de Energia	3,44	45,44
OC ANUAL	23,18				Serviço de Transmissão	0,32	4,23
FC TRIMESTRAL	3,43	0,00	CONTRATADA	200	Encargos Setoriais	0,48	6,47
FC ANUAL	6,87				Impostos Diretos e Encargos	1,27	16,79
FC ANUAL	12,42				Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	12,42	0,00	LIMITE INFERIOR	221	Total	7,57	100,00
DMC	12,42						

Valor de Buro (Ref. 7/2017) R\$ 2,87

ATENÇÃO

Faturas em atraso

* Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 12,98
Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/18-Res. ANEEL nº 2.438-Baixa Tensão 15,411% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/18-Res. ANEEL nº 2.438-Alta Tensão 18,75% Médio

PARAIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Roteiro: 17-212-255-8460
Matricula: 1433501-2018-06-3

04/10/2018

R\$ 0,00

FATURA COM VALOR ZERO. NÃO É NECESSÁRIO AUTENTICAR
Este mês você está recebendo sua conta apenas para demonstração. O valor de R\$ 7,57
será lançado na sua próxima conta sem cobrança de multa e juros.
Caso queira receber esta fatura para pagamento, entre em contato com o 0800 da ENERGISA.

07 JAN, 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:24:33

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315243275800000031223030

Número do documento: 20072315243275800000031223030



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613478 C6C/CPF: 06.778.268/0020-23

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

END: RUA TABELIAO ANTONIO HOLANDA

MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: OUTROS TIPOS DE ACIDENTE

Nome: FRANCISCO BATISTA LEITE

Raça/Cor: PARDA

DL Nasc: 03/12/1993 Idade: 34 anos(meses) de idade dias(es) de idade Sexo: M

Mãe: MARIA DILMA BATISTA LEITE Documento: rg 2 842 041

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: BAIRRO MULTIRAO

Bairro: BAIRRO MULTIRAO

Município-UF - CEP - IBGE: CAJAZEIRAS - PB - 68900000 - 250370

Telefone para contato (83) 3351-3563 / 705103404590370

Data e Hora: 04/10/2016 11:13:58

Última Principal: Suelio Moreira Torres

Alergia Medicamentosa: () Não () Sim

SSIV

PA: TEMP: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMARIO)

PESO: Paciente refusa de fornecer dados

Exames realizados na unidade: (tipos)

Resultados

Excepcionista: WILLIAM LOPES

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. 2. 3. 4.

01 - ELETIVO 02 - URGÊNCIA 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição: Suelio Moreira Torres

DIAGNÓSTICO: Taboas e 15 e 16 de

CID-10:

MEDICAÇÃO: 1. PRESCRITA 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO: 1. RESIDENCIA 2. INTERNAÇÃO 3. OUTRO HOSPITAL 4. OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. 0301106011000 2. 3. 4.

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(S) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

Dr Carlos Fabiano de Sousa Santos - Trauma - PB

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

CAASTRO: 788569705

07 JAN 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 052.397.334-90 Nome completo da vítima: Francisco Batista Lute

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

Nome completo: Francisco Batista Lute CPF: 052.397.334-90
Profissão: autônomo Endereço: Rua Francisco Rinaldo Alves SN Número: SN Complemento: _____
Bairro: Rio X Cidade: Capangas Estado: Paraná CEP: 58900-000
E-mail: vinasdpvati@hotmail.com Tel.(DDD): (83) 99813.12.64

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 040 ☐ CONTA: 057181 ☐ 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Capangas - PR 04/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Batista Lute
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Francisco Rinaldo Alves
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

07 JAN. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 721/2018/DPVAT

Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO
Data do fato: 04.10.2018 HORÁRIO: 11h00min.
Data de notícia do fato a Depol: 01.11.2018
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA



NOTIFICANTE: FRANCISCO BATISTA LEITE, BRASILEIRO(A), NATURAL DE CAJAZEIRAS/PB, NASCIDO(A) EM 03.12.1983, AJUDANTE, SOLTEIRO, FILHO(A) DE SEVERINO LEITE SILVA E MARIA DILMA BATISTA LEITE, RESIDENTE A RUA FRACNISCO REINALDO ALVES, SN - BAIRRO PIO X - CAJAZEIRAS/PB. RG 2.842.041 SSP/PB.

VÍTIMA: O PROPRIO DECLARANTE.

HISTORICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia e horário acima descritos o(a) DECLARANTE FRANCISCO BATISTA LEITE, informa que conduzia o veículo YAMAHA XTZ 125K, ANO FAB/MOD 2008/2008, PLACA MNO4072/PB, CHASSI 9C6KE094080028637, RENAVAL 0095285636-0, MATRICULADA EM NOME DE MARIA DILMA BATISTA LEITE quando o mesmo trafegava na rua por trás da FACULDADE - FAFIC, quando ao final já na avenida Joca Claudino, adentrou na preferencial, sem perceber um veículo, vindo a colidir com o mesmo; QUE caiu ao solo; QUE a vítima foi socorrido por populares e e conduzido ao Hospital Regional de Cajazeiras - HRC, face a gravidade dos ferimentos; QUE a vítima SOFREU FRATURA NOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, E OUTROS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO; Por este motivo a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTA FATO VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria n° 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 01 de novembro de 2018.

☒ Francisco Batista Leite
☐ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisângela N. Dantas
Mat. 155.719-0

Elisângela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-0

POLEGAR
DIREITO

07 JAN. 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 052.397.334-90 Nome completo da vítima: Francisco Batista Lute

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

Nome completo: Francisco Batista Lute CPF: 052.397.334-90
Profissão: autônomo Endereço: Rua Francisco Rinaldo Alves SN Número: SN Complemento: _____
Bairro: Rio X Cidade: Capangas Estado: Paraná CEP: 58900-000
E-mail: vinasdpvati@hotmail.com Tel.(DDD): (83) 99813.12.64

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 040 ☐ CONTA: 057181 ☐ 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Capangas - PR 04/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Batista Lute
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

07 JAN. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190016795
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Batista Leite
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Reinaldo Alves, S/N
Pio X Cajazeiras PB CEP: 58900-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2842041
Data local do acidente: [04/10/2018]
Data local do exame: [14/02/2019] Cajazeiras [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS E PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 04/10/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS E PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM REALIZAÇÃO DE REDUÇÃO E IMOBILIZAÇÃO COM USO DE TALA GESSADA POR 5 DIAS, POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURAS DO PÉ COM REALIZAÇÃO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER, RETIRADA DO FIO APÓS 45 DIAS E RETIRADA DA CARGA SOBRE O MEMBRO POR 60 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ESQUERDO, DOR DURANTE A PALPAÇÃO E AUMENTO DE VOLUME A CUSTA DE CALO ÓSSEO, ALÉM DE CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO.
Data da Alta: 04/10/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ESQUERDO (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO 2º, 3º E 4º PODODÁCTILOS ESQUERDOS GRAU II, DOR DURANTE A PALPAÇÃO E AUMENTO DE VOLUME A CUSTA DE CALO ÓSSEO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 2º, 3º E 4º PODODÁCTILOS ACOMETIDOS, ALÉM DE CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ Sim ☐ Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ Sim ☐ Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO 2º, 3º E 4º PODODÁCTILOS ESQUERDOS GRAU II
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II DO 2º, 3º E 4º PODODÁCTILOS ACOMETIDOS**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ 10% residual ☒ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

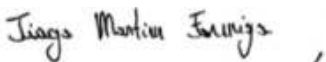
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Aos Cuidados de: FRANCISCO BATISTA LEITE

Nº Sinistro: 3190016795
FRANCISCO BATISTA LEITE

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190016795**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00277/00278 - carta_09 - INVALIDEZ

00060139



Carta nº 13974234





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, 08 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190016795

Vítima: FRANCISCO BATISTA LEITE

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO BATISTA LEITE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13789024





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, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190016795

Vítima: FRANCISCO BATISTA LEITE

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO BATISTA LEITE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO BATISTA LEITE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000040

Conta: 00000057181-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

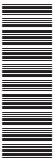
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01491/01492 - carta_15R - INVALIDEZ

00020746





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, 11 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190016795

Vítima: FRANCISCO BATISTA LEITE

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00051/00052 - carta_02 - INVALIDEZ

00050026



Carta nº 13936251



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/01/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO BATISTA LEITE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 000000057181-4

Nr. da Autenticação F6FBB45AADD06519



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005826/19

Vítima: FRANCISCO BATISTA LEITE

CPF: 052.397.334-90

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 04/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO BATISTA LEITE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA : 074.430.873-90

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

FRANCISCO BATISTA LEITE : 052.397.334-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/01/2019
Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
CPF: 074.430.873-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

JANE APARECIDA COSTA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005826/19

Número do Sinistro: 3190016795

Vítima: FRANCISCO BATISTA LEITE

CPF: 052.397.334-90

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 04/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO BATISTA LEITE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019

Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

CPF: 074.430.873-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019

Nome: JANE APARECIDA COSTA

CPF: 619.395.799-53

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

JANE APARECIDA COSTA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Batista Leite
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 2.842.041
CPF: 052.397.334-90
Profissão: autônomo
Endereço: Rua Francisco Bernardo Plus sr. Povo
Lapazeras - PB.

OUTORGADO:

Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 2008772140-0
CPF: 074.430.873-90
Profissão: AUTONOMA
Endereço: RUA CASTRO ALVES, S/N, PONTO COMERCIAL, CENTRO,
CAJAZEIRAS- PB.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto seguradoras consorciadas, dando-lhe poderes específicos para retiradas de cópias de prontuários e toda e qualquer documentação hospitalar, Samu ou Corpo de Bombeiros ou qualquer outro órgão socorrista. Incluído receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório - DPVAT para a vítima:

Francisco Batista Leite
Cajazeiras, 05 de dezembro de 2018.

Francisco Batista Leite

07 JAN. 2019



Handwritten signature: Francisco Batista Leite
Stamp: **ESCREVENTE AUTORIZADA**

CARTÓRIO 1º OFÍCIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190016795 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO BATISTA LEITE **Data do acidente:** 04/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DAS FRATURAS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:





AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATVP
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:

NOME DO COMPRADOR: _____ VALOR R\$ _____

NO. _____ OFFICINA: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor declara sob pena de anulação legal da escritura de venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, após a data em que a responsabilidade solidariamente pelas penalidades impostas e suas consequências caberem ao comprador, a partir da data de compra (Art. 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

b) O comprador declara sob pena de anulação legal da escritura de venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, após a data em que a responsabilidade solidariamente pelas penalidades impostas e suas consequências caberem ao vendedor, a partir da data de compra (Art. 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

c) É obrigatório o registro do veículo no DETRAN, sob pena de anulação legal da escritura de venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, após a data em que a responsabilidade solidariamente pelas penalidades impostas e suas consequências caberem ao comprador, a partir da data de compra (Art. 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

d) É obrigatório o registro do veículo no DETRAN, sob pena de anulação legal da escritura de venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, após a data em que a responsabilidade solidariamente pelas penalidades impostas e suas consequências caberem ao vendedor, a partir da data de compra (Art. 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9825330290
36974584164
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PLACA: 1 0095285636-0 00/00000000

CHASSI: PRT 201306000006984-5

NOME: MARIA DILMA BATISTA LEITE
RUA DOM MOUZINHO 549 CASA
ESPERANCA
58900000 CAJAZEIRAS-PB

PLACA: 29840856472

NOME ANTERIOR: JOSE DA SILVA OLIVEIRA

PLACA: MNO4072/PB

PLACA: NOVO PB

CHASSI: 9C6KE094080028637

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLETA/NRO APLIC

MARCA/MODELO: YAMAHA/XYZ 125K

CAP/ROT/CIL: 2 P/124 /CI

CATEGORIA: PARTIC

COMBUSTIVEL: GASOLINA

ANO FAB: 2008

ANO MOD: 2008

COR PREDOMINANTE: PRETA

OBSERVAÇÕES: SEM RESEVA DE DOMINIO

N.Motor: E386E-028919

ENJAZEIRAS-PB LOCAL: 36633

DATA: 09/05/2013

31054

07 JAN. 2019



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2008772140 - 0	DATA DE EXPEDIÇÃO	18/03/2014
----------------	----------------	-------------------	------------

NOME
LARISSA ÉVELYN ARAÚJO FERREIRA

FILIAÇÃO
KATIA SHIRLEY ARAÚJO FERREIRA

NATURALIDADE
BOA VIAGEM - CE

DATA DE NASCIMENTO
14/08/1998

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:35.738 FOLHA:24
LIVRO:A-35 BOA VIAGEM - CE
CPF 074.430.873-90

1 VTA

Suelio Moreira Torres
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 103

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

07 JAN 2019

