

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Nº Sinistro: 3180061044

Vítima: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Data do Acidente: 27/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180061044**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Carta nº 12353620

Pag. 00283/00284 - carta_01 - INVALIDEZ





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 518/2017 (ADITAMENTO DE BO)
Natureza da ocorrência: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
Data do fato: 27.09.2017 - HORA: 16:30
Data e hora da comunicação na Delegacia: 24/10/2017, às 10:16h
Sob a responsabilidade da Del. Pol. José Pereira de Souza

Notificante: EMANOEL CAVALCANTI LEITE, RG 363413 SSP/PB, *****,
brasileiro, casado, motorista, natural de Coremas/PB, nascido em
30.08.55, filho (a) de Manoel Cavalcanti da Silva e de Palmira
Leite Cavalcanti, residente no Sítio Cruz da Tereza Coremas/PB,
Referência: " " - Tel.: (83) 9.9972-4319.

Vítima: O (A) notificante, alcunha "****", Nacionalidade:
brasileira, naturalidade: PB, idade: ,

nascida aos, cor/raça: ***, Estado Civil: , Profissão: ,
Escolaridade: ***, documento: RG referência: .

HISTÓRICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades
cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte: na data e
horário acima, o noticiante conduzia a motocicleta HONDA NXR 160
BROS ESDD, ano/modelo 2017, placa OFF 8522, cor vermelha,
chassi 9C2KD0810HR422428, licenciada em nome de MARIA LEIDIJANE
DE S GARRIDO DE ANDRADE, pelo bairro Cabo Branco, Coremas/PB,
próximo a oficina de Zé Nilton Pintor, quando uma caminhonete de
marca D20, de cor branca ao sair do interior de uma oficina
invadindo a rodovia atingiu com a carroceria o noticiante, que
foi socorrido pelo proprietário da caminhonete para o hospital
local, que devido ao acidente, fraturou o braço e ombro direito,
conforme laudo em anexo. Nada mais a consignar.

Notificante

Policial Responsável pelo Registro
Matrícula: 168.557-1

Digital



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - : Nº 044.686.744



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

EMANOEL CAVALCANTE LEITE
SIT CRUZ DA TEREZA S/N RESIDENCIA
COREMAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1036341-4

REFERÊNCIA

MAI/2020

APRESENTAÇÃO

22/05/2020

CONSUMO

28

VENCIMENTO

29/05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,78

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

EMANOEL CAVALCANTE LEITE

Roteiro: 13-153-660-6240

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 06/07/2020

VENCIMENTO

29/05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,78

MATRÍCULA

1036341-2020- 05-9



Assinado eletronicamente por: YURE PEREIRA GOMES - 20/08/2020 13:27:26

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082013272618800000031994888>

Número do documento: 20082013272618800000031994888

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **MANOEL CAVALCANTE LEITE**

DOCUMENTOS / CATEGORIA: **363413** **AB** **78**

CPF: **139.401.964-02** DATA NASCIMENTO: **20/08/1955**

Função: **MANOEL CAVALCANTE DA SILVA**
PALESTRA LEITE
CAVALCANTE

Prescrição: **02861284760** ACC: **22/04/2018** CEM: **20/10/1976**

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
744778210

PROIBIDO PLASTIFICAR
744778210

Assinatura do Portador: *Manoel Leite*

LOCAL: **STANCO, PB** DATA EMISSÃO: **25/04/2013**

Assinatura do Emissor: *Rodrigo Carvalho* 72138608314
78026252902

DETRAN - PB (PARAIBA)





HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuário: 101106

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/Hora 27/9/2017 20:02:39

Servidor do Dr.:

Paciente EMANOEL CAVALCANTE LEITE

Idade: 62 Sexo M

Filiação

Pal: MANOEL CAVALCANTE DA SILVA
Mãe: PALMEIRA LEITE CAVALCANTE

Endereço

Cidade: COREMAS - PB - 58770-000 - 2504801
Endereço: CRUZ DA TEREZA
Bairro: CABO BRANCO
Naturalidade: COREMAS - PB
Fone: (83)99688-8941

N.:

Documentos

CNS: 700-4044-4114-7644
Identidade: 363413
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 30/8/1955
Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: MOTORISTA

Responsável:

Emanuela Maria Cavalcanti Leite

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Sintomas de p/p de trauma
trauma no M.C.*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Do + de fratura de
M.C. + fratura punho direito*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Fratura de punho direito

Motivo da Alta:

Resultado: () Saliu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____

Recepcionista: ELMA

*Dr. Adriano Nunes de Lacerda
Traumato, Ortopedia e Fisiatria
CRM-PA 303915-07-123*

Scanned by CamScanner





ESTADO DA PARAÍBA
Hospital e Maternidade "ESTEVAM MARINHO"
SECRETARIA DA SAÚDE

Para: Emanuel C. Leite, 62 anos
Dr. Marcelo
PO H. R. P.

(An. Intepredista.)

Encaminho o paciente
atua de acidente
(colisão moto - carro)
na t. h., apresentando
lesão em mmii e mss.
apresentando dor intensa
em msd.

AO Rx: Fratura transverse
completa acometendo 1/3
proximal e polo anatômico
de unguis direito, associada
a deslocamento.

Solicito requisição e
conduta prefer.

Coremas-PB, 27/09/17 11:00

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE

"PEDIMOS AOS MÉDICOS QUE MELHOREM SUA LETRA"

CARTÓRIO ÚNICO OFÍCIO DE COREMAS/PB
Rua Manoel Cavalcante, 306, Centro, Coremas - PB

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi
exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC)
Coremas/PB - 14/11/2017
Selo Digital: AFY85571-54EP
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$2,22 Farpen R\$0,27 MP R\$0,04 Fepj R\$0,55

Patricia Valliny F. de Lima Leite
CPF: 074.422.994-40
Cartório Tab. Severino Lucas
Coremas-PB

Lucas

Scanned by CamScanner





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE ESTEVAM
MARINHO_ COREMAS _ PARAÍBA
CNPJ: 08.778.268/0021-04

Paciente: Emanuel Cavalcanti Lopes
Idade: 62 anos
Data do exame: 27/09/17

RADIOGRAFIA DO TÓRAX EM PA

Fratura complexa transversa completa acometendo o terço proximal, bem como o colo anatômico do úmero direito, associado a desalinhamento e cavalgamento de sua extremidades, além de fragmentos ósseos cominutivos em partes moles.


Dra. Pâmela Gárrido Cavalcanti
Médica Radiologista
CRM/PB 6893

Scanned by CamScanner





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS)

NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE "ESTEVAM MARINHO"

CÓDIGO DA UNIDADE: **000.312-3**

CNPJ: 08.778.268/0021-04

END.: RUA JOÃO FERNANDES LIMA

BAIRRO: POMBALZINHO

MUNICÍPIO: COREMAS

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

CEP: **58.770-000**

NOME: Emanuel C. Leite PACIENTE

PROFISSÃO: Art. de documentarista

DOCUMENTO

END.: FORUM da Terra

BAIRRO:

MUNICÍPIO: Orizaba

ESTADO: _____

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2504801

CNS:

DATA DE NASCIMENTO: 30, 08, 57

DATA DO ATENDIMENTO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____

RACA/COR:

SEXO:

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx de torax

[illegible]

C/D - 10:

PROFISSIONAL

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE "ESTEVAM MARINHO"

CÓDIGO DO CNES: 000.312-3

ENDEREÇO: Rua João Fernandes de Lima - Pombalzinho

CNPJ: 08.778.268/0021-04

CER: 58.770.000

MUNICÍPIO: COREMAS

ESTADO: PB

PACIENTE

NOME: Emanuel C. Costa

SEXO: M. IDADE: 62

PROFISSÃO: não se documenta

DOCUMENTO: 9.53413

ENDEREÇO: Rua de 1000

MUNICÍPIO: Coremas

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 58.770.000

DATA DE NASCIMENTO: 30.08.55

CNS: 704044114144

TEL: 08.55

DATA DO ATENDIMENTO: 09.09.2019

RAÇA / COR

() 1 - BRANCA

() 2 - PRETA

() 3 - PARD

() 4 - AMARELA

() 5 - INDIGENA

() 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente com história

de colúscos mofo - como lesões

Apresentando desconfortos múltiplos em membros superiores e inferiores. Intensa dor em mto

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE - TIPOS

Rx de ombros (B)

RESULTADOS

Perfuração transversa completa da tórax proximal e coloração normal de

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Dipeptona - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

2. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

3. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

4. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

5. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

6. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

7. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

8. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

9. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

10. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

11. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

12. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

13. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

14. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

15. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

16. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

17. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

18. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

19. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

20. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

21. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

22. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

23. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

24. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

25. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

26. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

27. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

28. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

29. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

30. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.

31. Tetracel 50mg - 0,01mg + 0,01mg, 2v.



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: GOMES CAVALCANTE		Nº prontuário
Data da Cirurgia: 05/10/2019	Enf.	Leito
Cirurgião: Dr. Fábio Spá	1º Auxiliar: Dr. Wilson	
Anestesiista: Dr. Juverson	Tipo de Anestesia: Bloqueio Prego Bloqueio	
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura umera proximal direita		
Tipo de Cirurgia: Osteossintese umera proximal direita		
Diagnóstico Pós Operatório: IBSM		
Relatório Imediato do Patologista: Não		
Exame Radiológico no Ato: Não		
Acidente Durante a Cirurgia: Não		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
1. Paciente em decúbito dorsal mesa cirúrgica
2. Assépsia e antissepsia
3. Cuidado com a circulação
4. Via de acesso através do umero
5. Redução com a osteossintese umera proximal direita com placa T 4.5 e parafusos com 3.5 e 6.5 mm
6. IBSM de fratura de 3º grau
7. Sutura da pele

Dr. Fábio Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM 119

Scanned by CamScanner





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

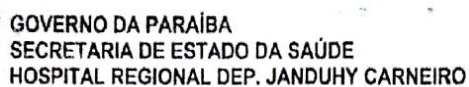


REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Emanuel Cavalcante</u>	
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA <u>Amarela</u>
A CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	LEITO <u>10</u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>Risco cirúrgico!</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>Paciente sem fixação radiológica.</u> <u>Neop Comorbididade PA = 130 x 80 mm</u> <u>ECG = Normal</u> <u>Risco Cirúrgico = Baixo Risco</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
<u>29/04/17</u>	<u>Klauber M. de França</u> <u>Cardiologia / Geriatria</u> <u>CRM 4890</u>

Scanned by CamScanner

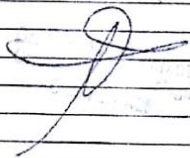




EVOLUÇÃO CLÍNICA ENFERMARIA

PACIENTE: Emanuel Cavasante Leite

LEITO: _____
REG.: _____

DATA	HORA	
04/10/15		1. DPO Otomática (ver p. 10)
		(P)
		FD 2 po de sujeción
		en: ATB + 0.00000
		

Scanned by CamScanner



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE <u>Emanuel Cavalcante Leite</u>					
DT. <u>6-</u>	LEITO <u>05</u>	CONVÊNIO <u>SUS</u>	IDADE <u>62 anos</u>	REGISTRO <u>103196</u>	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
CIRURGIÃO <u>Dr. Amg. Frat. - Amaro (E)</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. Roberto Spai</u>			
ANESTESIA <u>bloqueio</u>		ANESTESISTA <u>Dr. Juliano</u>			
INSTRUMENTADORA <u>valdir</u>		DATA <u>05-09-17</u>	INÍCIO <u>15:45h</u>	FIN	

MATERIAL			
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	4	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala		Seringa 5 ml
1	TX. Bisturi Elétrico	4	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembital		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
1	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
1	Xilocaina a 2%		Esparradrapo
1	Etodimidate		Xilocaina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicovina 0,5%	1	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Gefalotina 19g <i>cefa zoloz</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Piasil <i>Andasil</i>		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque-Descartável <i>5 cm</i>		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

Scanned by CamScanner





HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
Nome		Emergentes	Idade	Sexo	Cor	
Data		Pressão Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso
Tipo Sanguíneo		Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia
Urina		Outros				
Sistema Respiratório		Asma				
Sistema Circulatório		Eletrocardiograma				
Sistema Digestivo		Dentes				
Estado Mental		Alarxicos				
Eletrocardiograma		Estado Físico				
Antecedentes		Risco				
Medicação Pré-Anestésica		Aplicada às				
Efeito						
Agentes Anestésicos		INDUÇÃO				
Linha do		Satisf. Excit. Tosses				
260		Laringo Espasmo Lento				
240		Náuseas Vômitos				
220		Outros				
200		MANUTENÇÃO				
180		Cefalotina (2) Dexametasona (1)				
160		Diprione (1) Ordenon (1) Midepolum (1)				
140		Anestesia Satisf. Sim Não				
120		Não, porque?				
100		DESPERTAR				
80		Reflexos na SO				
60		Obstr. CO2 Excit.				
40		Náuseas Vômitos				
20		Outros				
Simbolos e Anotações		Com cânula				
Posição		para o leito sim não				
Agentes		CONDICÕES				
Técnica		Cânula				
Operação		Necessária 95% O2 com 1 Lidoceina 1% CV 2ml + Lidoceina 1% 50mg				
Cirurgião		Bloqueio pleio braquial				
Anestesiista		Tet. cinipres frad. de uniao B				
Observações		Febrio				
		F. Lidoceina				
		Dr. J. de Sousa				
		Médico Anestesiologista				
		CRM 198007 CRM 198008				
		Anestesia em sala de cirurgia; acordado, PA: 130 x 80				
		Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias				
		TCSO SpO2 98% alter. maior importante				

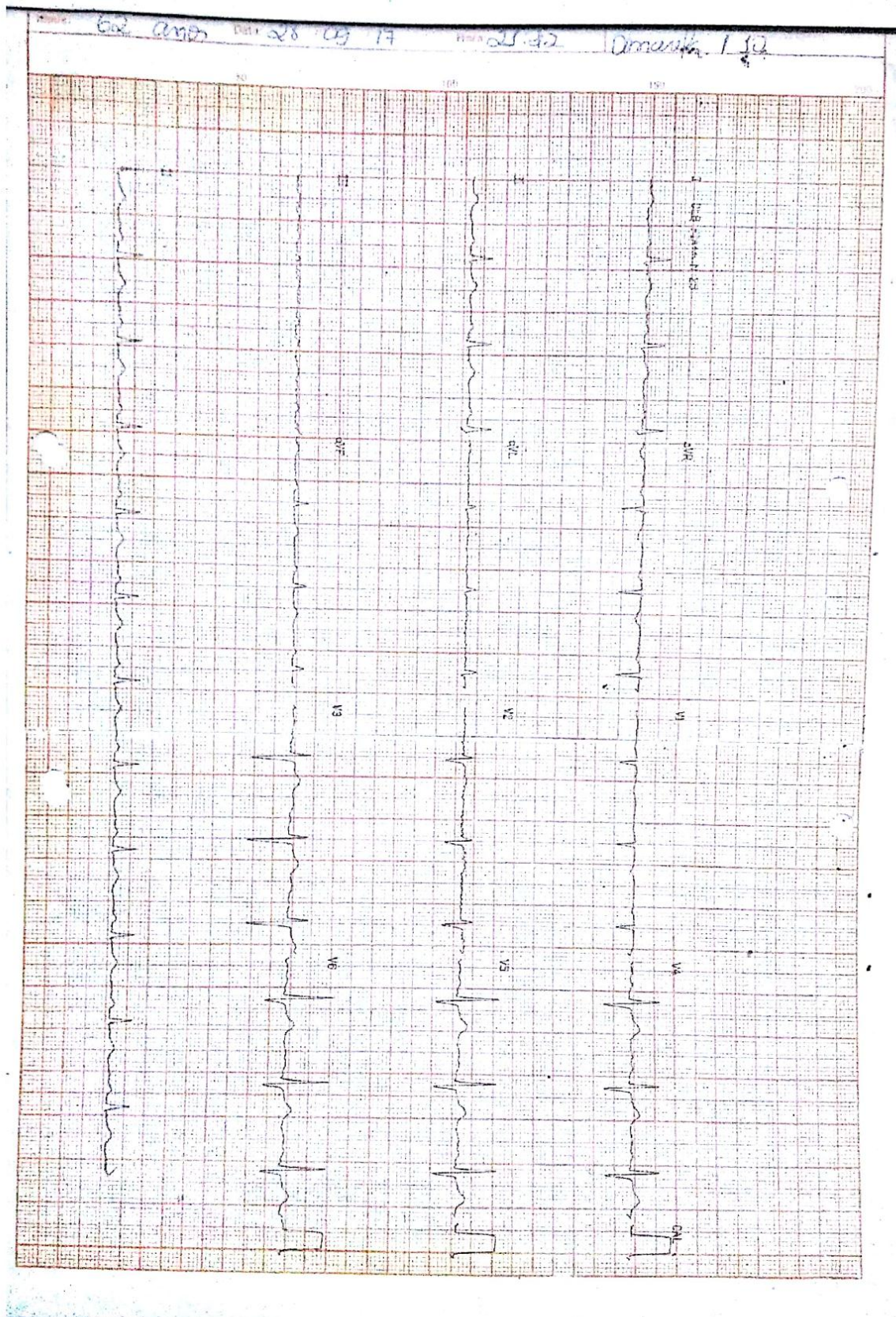
Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: YURE PEREIRA GOMES - 20/08/2020 13:27:35

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082013273505800000031994893

Número do documento: 20082013273505800000031994893



Scanned by CamScanner





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

Autorizo o paciente
a realizar Tratamento
com apelo para
proteção de vida

Dr. Leonardo Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6613 - TEOT 12.001

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

Scanned by CamScanner



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12701517

A/C: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Nº Sinistro: 3180061044
Vitima: EMANOEL CAVALCANTI LEITE
Data do Acidente: 27/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000002001-X

Conta: 0000023411-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01855/01856 - carta_15R - INVALIDEZ

00030928



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Emanuel Cavalcanti Leite, brasileiro, casado, inscrito no CPF nº 139.401.984-04 e RG 363.413, residente e domiciliado no Sítio Cruz da Terça, SIN, Loremas - PB

OUTORGADA: **YURE PEREIRA GOMES**, ADVOGADO, inscrito na OAB-PB sob o número 20.152, com escritório profissional a Rua Jarbas Moura, 46, Belo Horizonte, Patos - PB.

PODERES: Por este Instrumento Particular de procuração o OUTORGANTE nomeia e constitui seu(a) bastante procurador(a), o outorgado(a), a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula ad judicium et extra, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-lo nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, podendo o dito(a) procurador(a) praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do mandato ora outorgado, tais como: Contestar, ingressar com ação que julgar conveniente e necessária, recorrer em qualquer fórum ou instância, transigir, concordar, discordar, desistir, firmar compromissos (NÃO POSSUI PODERES PARA RECEBER DINHEIRO/PECUNIA OU DAR QUITAÇÃO EM NOME DO OUTORGANTE), agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer no presente mandato, com ou sem reserva de poderes, em especial para representá-lo e defendê-lo perante QUALQUER ORGÃO DO PODER JUDICIÁRIO, EM QUALQUER ORGÃO ADMINISTRATIVO COMO INSS, PBPREV, DNOCS, IBGE, _____, movido a favor do outorgante, do qual a mesma se compromete a levar as testemunhas para os atos processuais independentemente de intimações (nos termos do §2, do art. 455, do NCPC).

Loremas - PB, 18 de Junho de 20 20.

→ Emanuel Cavalcanti Leite
Outorgante

ISENTO DE RECONHECIMENTO DE FIRMA, FACE A LEI No. 8.952/94, QUE DA NOVA REDAÇÃO AO ART. 38 DO CPC.

Testemunha 01 : _____ CPF _____

Testemunha 02 : _____ CPF _____



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
Vara Única de Coremas

Rua João Fernandes de Lima, S/N, Pombalzinho, COREMAS - PB - CEP: 58770-000 - ()

Processo: 0800535-67.2020.8.15.0561

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[Indenização por Dano Moral, Acidente de Trânsito]

AUTOR: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Advogado do(a) AUTOR: YURE PEREIRA GOMES - PB20152

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DECISÃO

Vistos.

DEFIRO a gratuidade da justiça à parte autora.

Diante da improvável autocomposição nesta fase preliminar, deixo de designar audiência de conciliação.

1) **CITE-SE** a parte ré para contestar no prazo legal, sob pena de revelia, e para depositar em Juízo os honorários da Perita, sob pena de constrição via BACENJUD. Deverá com a contestação juntar os documentos que instruíram o procedimento administrativo, apresentar quesitos e recolher os honorários periciais.

2) Com a contestação, **INTIME-SE** a parte autora para impugnar a contestação no prazo de 15 dias úteis.



3) NOMEIO a médica perita Rosana Bezerra Duarte de Paiva, CRM/PB n.4183, cadastrada no TJPB/Convênio, e **FIXO** honorários no valor de R\$370,00 (trezentos e setenta reais) a serem pagos pela parte ré (Res./CNJ n.º232/2016).

4) OFICIE-SE a médica perita para realizar perícia, em conjunto com outros processos, na parte interditanda, devendo ser designada data com prazo mínimo de 30 (trinta) dias, diante da necessidade de intimação da parte a ser periciada e as providências de seu deslocamento (art. 156, §5º do CPC/2015). Conste o prazo de 15 (quinze) dias para encaminhar o relatório da perícia, a contar da sua realização. Anexem-se ao ofício os quesitos do Juízo e das partes.

Os quesitos do Juízo são os estabelecidos no Convênio.

4) Com a data da perícia, **INTIME-SE** pessoalmente a parte autora para realizá-la levando todos os exames, notas fiscais de remédios, atestados, documentos pessoais etc.

6) Com a entrega do laudo, **EXPEÇA-SE** alvará de levantamento dos honorários periciais em favor da Médica Perita e **INTIMEM-SE** as partes do laudo.

7) Por fim, **FAÇA-SE** conclusão para Sentença.

COREMAS/PB, data da assinatura digital.

Odilson de Moraes
Juiz de Direito

(assinado mediante certificado digital)

