

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 02º, 03º e 04º 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 + 02º, 03º e 04º 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 + 02º, 03º e 04º pododáctilo esquerdo.

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

04 FEV. 2019

Cajazeiras, 31.01.2019

Drª 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 PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
END.: RUA TABELIÃO ANTONIO HOLANDA
MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARÁ UF: 25

DT. Nasc: 03/12/1983 Idade: 34 ano(s)

mês(es) de Idade

dia(as) de Idade

Sexo: M

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: BAIRRO MULTIRAO

Bairro: BAIRRO MULTIRAO

Município-UF - CEP: CAJAZEIRAS - PB - 58900000 - 250370

Telefone para contato (83) 3351-3563 /

CNS: 705103404590370

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

Documento: rg 2 842 041

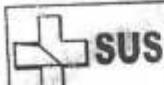
Nº: 40

Quais Principais:

PA: SSV TEMP: _____

PESO: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO):
Paciente: _____



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

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N^o DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC. 11 - FEM. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

N^o DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N^o, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

Centro urbano de traumas profundo de movimento e deformidade.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO

07 JAN. 2019

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

Fratura do 2º dente de molar.

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408979397

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N^o DO REGISTRO DO CONSELHO)

08/10/2018

Dr. Carlos Fabrício de S. Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 4676 - PB

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N^o DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N^o DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

CRM: 2539

AUDITOR

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

117-03

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr.

Observação N°

Nome: Manoelso Batista Reis

Filho de: Severino

Residência: Rua Projeto da Boa Vista - Lutins

e de Maria Belchite

Idade: 34 anos

Cor Morada Sexo Masculino

Estado Civil Solteiro

Naturalidade Cajazeiras

Profissão: Desembulhador

Internado em 08 de Outubro de 2018

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

Paciente retorna de fratura referindo dor

en pé (F)

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

Dor limitada de movimento e deformidade do
pé (F)

07 JAN. 2019

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

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



Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CREF: 01000000000000000000000000000000

Nome: _____ Idade: _____ Cor: _____ Enfermaria: 124 Leito: _____ Categoria: _____

RELATÓRIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO
DATA	08/10/2019	Fraldas do bebe 30-43 descanso do bebe F

08	100mls	CO: Progresso com evolução soluções aperto cirurgico + FCG.
10	050mls	
13	050mls	

Dr. Carlos Fabrício de S. Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 4676 - PB

Dr. Carlos Fabrício de S. Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 4676 - PB

01 JAN 2019



Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name:	Fronteira Botânia	Age:	Cor:	Enfermaria:	Leitor:	Categoria:
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA	HORÁRIO			RELATÓRIO		
10/10/18	10:00	12:00	14:00	** paciente do 2º e 3º mês de vida. enclínico com queixa de dor. medico screvi qd at. de enfermagem at. de enfermagem		
10/10/18	09:00	10:00	11:00	SF 0,9% 500ml E.V. 12/10/18		
10/10/18	09:00	10:00	11:00	Kefazol 01g - E.V. R/R hb.		
10/10/18	09:00	10:00	11:00	Dipirona 0,01amp + ABP. E.V. 6/6/18		
10/10/18	09:00	10:00	11:00	Tiladi 40mg + ABP. E.V. 1x dia		
10/10/18	09:00	10:00	11:00	CC 667 55 V/V		
10/10/18	09:00	10:00	11:00	Tiamal 100mg + SF 0,9% 100ml E.V.		
10/10/18	09:00	10:00	11:00	Pox		
Dr. Palmeirim Mendonça Cirurgião e Traumatologista Especialista em Ortopedia						
07 JAN 2019						



Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Eduardo Batista

Enf.: 173

Leito: 03

DATA	HORA	
	09.10.18	Paciente admitido neste setor para tratamento cirúrgico. Sejam as audições f.
	09.10.18	Paciente aguardando cirurgia, de rotina mae- doeira NTE+ e qual se encontra imobilizado. No exame paciente, orientado, higienizado, ma- mada, perfume penitência preservado; mem- ória, RCP, 2T, respiração espontânea, pul- mões. Eliminações urinárias e intestinais. Relata estar em jejum desde as 10h da manhã de dia anterior + ten apetite, refrigerio dia refeição anterior, + tem sede com apreensão de ameaça. Fim WRP na NSE. Té. Enf. VFCG- Pediatria M. Lourenço
10/10/18	11:00	Paciente consciente, a intubação ventilando ofício respi- ratória, rectal dito realizado comativo com NTE com 50,9% realizado em ^{Manoel de Abreu} Palmeirinha quedou alta hospitalar. ^{Enfermeira} COREN-PB 222.551
		07 JAN 2019



Estado da Paraíba

- Hospital Regional de Cajazeiras

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Name Keo Bodisita birth

Idade Enf. 113 Leito 03

		HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		Nome <u>François Belisca Leite</u>				IDADE <u>34</u>	SEXO <u>M</u>	COR <u>B</u>
DATA	PRESSÃO ARTERIAL <u>130x80</u>	PULSO <u>72 bpm</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO <u>V</u>						ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO <u>D</u>						ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO <u>Y</u>						DENTES	PESCOÇO	
ESTADO VENTRAL <u>Consciente</u>						ATARAXICOS	CORTICOIDES	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO <u>Fratura de dedo do pé</u>						ALEGRIA	HIPOTENSORES	
ANESTESIAS ANTERIORES						ESTADO FÍSICO <u>ASD 1</u>	RISCO <u>R1</u>	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <u>16:40h 17:40h</u>						APLICADAS ÀS	EFEITO	

AGENTE ANESTÉSICO 02	INDUÇÃO		
LÍQUIDO	Satisf.	Excit.	Tos
CÓDIGO: VP - ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: AX ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: AX	Laringo Espasmo:		
	Náuseas:		
	Vômitos:		
	Outros:		
	MANUTENÇÃO		
	Fentanil → 100 µg		
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 <u>X</u> <u>OK</u> Verodilat. ORNITR. PAN!	07 JAN. 2019		
ANOTAÇÕES <u>Q</u>			
AGENTES Bupivacaina a 0,5% perca (12,5mg)	CÁNULAS Agulha 26G		
TÉCNICA Raqui-anestesia prncipal paravertebral L3-L4			
OPERAÇÃO Tratamento cirúrgico de fr <u>E</u>			
CIRURGIÕES Dr. José Lacerda	Dr. José Matias		
ANESTESISTAS Dr. José Matias			
OBSERVAÇÕES			
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS		PERDAS SANGUÍNEAS	

DR. JOSE MATIAS DA SILVA
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 4200 DIC 500.647.904-07

Hospital

Nome do Paciente		Nº Prontuário
F. C. B. 30 mts. lhevo		
Data Operação	09/10/17	Enf.
Operador		Leito
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista		Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório		Funun os 2-13-14. uoso
Tipo de Operação		Muscul + ossos
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 c 10x11 rotacion 2) Antebraço 3) Aponeurosis com cur 4) Fissura 5) nangs 6) Fissura 7) Curva com 10-0-52 8) Infundibular + Truncada com		
Dr. José Landim Neto MÉDICO CRM-PB-11767		
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%

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 eq:1 nr:0 dc:3.3...

Zoom: 100%

Oblique

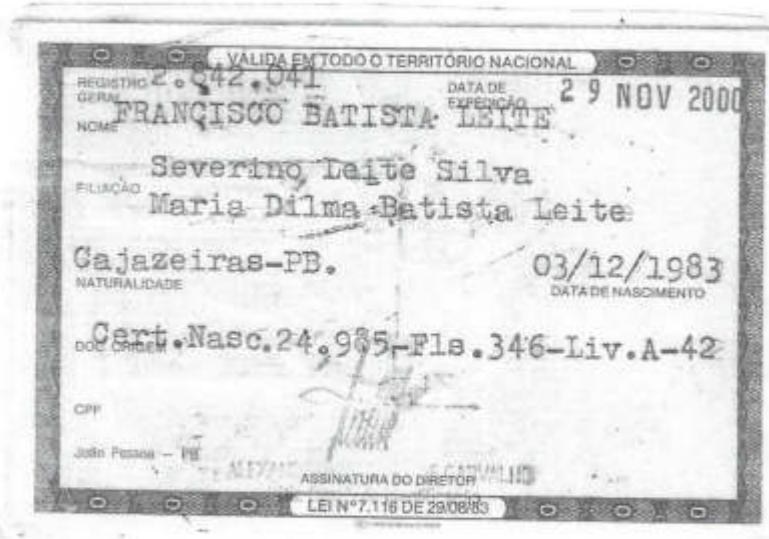
E



SID mm

12:15 PM
10/4/2018

01 JAN 2018

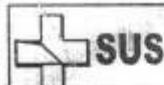




ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE:	2613476	CGC/CPF:	08.778.268/0020-23
NOME:	HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS		
END.:	RUA TABELOU ANTONIO HOLANDA		
MUNICÍPIO:	CAJAZEIRAS	ESTADO:	PARAÍBA
Tipo de Atendimento:	OUTROS TIPOS DE ACIDENTE		
Nome: FRANCISCO BATISTA LEITE Raça/Cor: PARDA DT. Nasc: 03/12/1983 Idade: 34 ano(s) mês(es) de Idade dia(as) de Idade Mãe: MARIA DILMA BATISTA LEITE Profissão: AGRICULTOR Endereço: BAIRRO MULTIRAO Bairro: BAIRRO MULTIRAO Município-UF: CAJAZEIRAS - PB - 58900000 - 250370 Telefone para contato (83) 3351-3563 / Data e Hora: 04/10/2018 11:13:58			
Documento: rg 2 842 041 Nº: 40			
Documentos: CNS: 705103404590370			
Quais a Principal:			
Alergia Medicamentosa: () Não () Sim			
PESO: PA: SSV: TEMP:			
MEDICAÇÃO:			
1. PRESCRITA <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO 2. APLICADA <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> OUTROS			
SERVÍCIOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:			
1- 0 3 0 1 0 6 0 1 0 0 2- 3-			
CID-10:			
DIAGNÓSTICO: <i>Zelma L. S. C. da</i>			
ENCAMINHAMENTO:			
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> OUTROS			
MATERIAL - MEDICAMENTOS E OUTROS:			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)			
<i>Dr. Carlos Faria Traumato - PB</i> <i>Ortopedista 4676 - MÉDICO / CONS / CRM</i> <i>Ortopedista de Sousa Santos - 4676 - 3000851</i>			
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL: <i>Fernanda Batista Leite</i> ASS. DO REVISOR TÉCNICO: CARIMBO			
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO: CARIMBO			
RESULTADOS			

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS <i>07 JAN 2019</i>	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)	
<i>Dr. Carlos Faria Traumato - PB</i> <i>Ortopedista 4676 - MÉDICO / CONS / CRM</i> <i>Ortopedista de Sousa Santos - 4676 - 3000851</i>	
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL: <i>Fernanda Batista Leite</i>	OU POLEGAR DIREITO <i>CBO</i>
ASS. DO REVISOR TÉCNICO: CARIMBO	ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO: CARIMBO



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

2 | 6 | 1 | 3 | 4 | 7 | 6

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1810184

Joáurico Batista Beite

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

703933360455103170

03/12/1983.

9 - SEXO

MASC. 1 FEM. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Neusa Dívina Batista Beite.

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Infetada

DDD

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Paçagyazem

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

350370

15 - UF

PP

16 - CEP

56900-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Cente urinário de traum. Imediato

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

07 JAN. 2019

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

Franjão do 2º 3º 1º rebento.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

362-6

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408979377

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)

08/10/2018

*Dr. Carlos Fabrício de S. Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 4676 - PB*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

() CRM

() PIS/PASEP

() RG

() Título de Eleitor

() CNH

() Título Profissional

() Outro

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

117-03

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr.

Nome: Manoelino Balito Reit

Observação N°

Filho de: Severino

Nº de Ordem

e de M. Dilma B. Reit

Residência: Rua Francisco Boimino Dutra - Cajazeiras PB

Idade: 34 anos

Cor: Marrom

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Naturalidade: Cajazeiras

Profissão: Desmuntador

Internado em 08 de Outubro de 2018

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

Paciente vítima de fratura referindo dor

em pé (F)

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

Dor
pés (F) limitada
de movimento e deformidade do

07 JAN. 2019

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

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



Estado da Paraíba
Hospital Regional

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras



Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name:	Nomeado Botelho	Idade:	Cor:	Enfermaria:	Leito:	Categoria:
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	RELATÓRIO		
10/01/19	<p>① Dieta Blute</p> <p>② SF 0,9% 500ml E.V. J2/12 h</p> <p>③ Kefazol 01g .E.V. 8/8 hs</p> <p>④ Paracetamol 500mg + ABD. E.V. 6/6 hs</p> <p>⑤ Tidalil 400mg + ABD. E.V. 1x dia</p> <p>⑥ CC 660 + 58 V/V</p> <p>⑦ Triamal 100mg + SF 0,9% 100ml E.V.</p> <p>⑧ 8/8 hs</p> <p>⑨ Até</p>			<p>* Problema de cicatrizes na face e de hirsutismo</p> <p>Características que são de hirsutismo</p> <p>Masculino</p> <p>Sistêmico</p> <p>Cicatrização</p> <p>Até</p>		

Dr. Patrício Mendonça
Oncologista e Pneumologista
Residência em Oncologia

Dr. Patrício Mendonça
Oncologista e Pneumologista
Residência em Oncologia

07 JAN 2019



Estado da Paraíba

Hospital Regional de Cajazeiras

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: J. B. Batista Enf.: 197 Leito: 03

DATA	HORA	
	08.10.18	Paciente admitido neste setor para teste nesto cirúrgico. Segue o andar de p.
	09.10.18	Paciente aguardando cirurgia, de férias mas deve sair MTE, a qual se encontra imobilizado. No exame consciente, orientado, higiениado, ma- nifestando, perfumaria periférica preservada; memó- ria visual, RER, JT; respiração espontânea, euf- rásica. Eliminações vesicais e intestinais. Relata estar em jejum desde as 10hs de manhã de dia anterior + ter vontade, reprende dor epigástrico, + ter sede com sensações de fome. Fim WRP no MSE. Det. Enf. VFG - Eduardo M. Lourenço
10/10/18	11:00	Paciente consciente, sentado, valORIZANDO agil, suave e, acita ligeira realizada curativa com MTE com 5% a 9%, realizada por ^{Enfermeira} Ana de Abreu altas hospitalares. COREN-PB 222.551
		07 JAN 2019



Estado da Paraíba

Hospital Regional de Cajazeiras

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome Geo Babilio ^b bet

Idade _____ Enf. 117 Leito 03

		HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Francisco Batista Leite				IDADE 34	SEXO M	COR B		
DATA 09/10/2018		PRESSÃO ARTERIAL 130x80	PULSO 72 bpm	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
TIPO SANGUÍNEO		HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
URINA										
AP. RESPIRATÓRIO ✓								ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO D								ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO ✓								AP URINÁRIA		
ESTADO VENTAL Consciente								ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de dedo do pé								ESTADO FÍSICO ASA I	RISCO R1	
ANESTESIAS ANTERIORES										
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA 16:40h 17:40h								APLICADAS ÀS	EFEITO	
LÍQUIDO	AGENTE ANESTÉSICO O2							INDUÇÃO		
								Satisf.	Excit.	Tos
								Laringo Espasmo:	Lenta	
								Náuseas:	Vômitos:	
								Outros:		
								MANUTENÇÃO Fentanyl → 100 µg		
CÓDIGO VP - ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX ANESTESIA: O OPERAÇÃO	ANOTACOES X(1) X(2)							ANESTESIA SATISF: Sim Não		
								Não Por Que		
								DESPERTAR		
								Reflexos na SO		
								Obstr.	CO	Excit.
								Náuseas:	Vômitos:	
								Outros:		
								Com Cânula		
								Para o Leite: Sim	Não	
								CONDIÇÕES:		
AGENTES Bupivacaina a 0,5% zerada (12,5mg)										
TÉCNICA Raqui-anestesia príncipal paromediana L3-L4								CÁNULAS Agulha 26G		
OPERAÇÃO Tratamento anorgico do pé (E)										
CIRURGIÓES Dr. José Lacerda										
ANESTESISTAS Dr. José Matias										
OBSERVAÇÕES										
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS								PERDAS SANGUÍNEAS		

Dr. José Matias dos S. Freitas
ANESTESELOGISTA
CRM-PB 4200 CIC 500.847.904-04

Hospital

Nome do Paciente

Nº Prontuário

Felipa Batista Lemos

Data Operação

09/10/17

Enf.

Leito

Operador

1º Auxiliar

2º Auxiliar

3º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Função do 2-13-14. uso

Tipo de Operação

Ressecção + enxerto

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 PCT c/ 10x10cm
- 2 Anterior
- 3 Aprox. 00 cm de curv
- 4 Fim
- 5 20x90
- 6 Fim
- 7 Curva com 10-0,5
- 8 sutura + fita no começo

Dr. José Landim Neto

MÉDICO

CRM-PB 11767

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:4.68 eq:1 nr:0 dc:3.3...

Zoom 100%

AP

E



SD mm

12:15 PM
10/4/2019

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



01 JAN. 2019

SID mm

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: 2918140815641-712
com domicílio na cidade de Lagoa das Flores, no estado de Pernambuco,
onde resido na Rua Dom. Magalhães,
número 549, complemento Espanha.

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima, José Francisco Batista Leite,
cujo condutor era José Francisco Batista Leite.

VEÍCULO: PAS / MOTOCICLETA

ANO: 2008

MODELO: YAMAHA/XTZ 125 K 2008

PLACAS: MNO 4072 / PB

CHASSI: 9G6KE094080028637

DATA DO ACIDENTE: 04 / 10 / 2018

Lagoa das Flores - PB 10/10/2018
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



CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO "DIMAS ANDRIOLA".

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: MARIA DILMA
BATISTA LEITE, EM TEST. DA VERDADE, SOU FÉ.
CAJAZEIRAS - PB, 10/12/2018.

RENELITA DA ROCHA MOREIRA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal S-ANEXA52451-0210
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tppb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 11,38 FARFEN R\$ 0,28 FEPJ R\$ 2,27

é Moesia
Tabelião Públ. C

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/BIBLIOTECAWEB/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 Jeanipa Evelyn Araújo Júnior inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873.190, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jeanipa Batista Lute inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.397.3341-90, do sinistro de DPVAT cobertura sinistro de da Vítima Jeanipa Batista Lute, inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.397.3341-90, 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	Número	Complemento
<u>Rua lastro Alves</u>	<u>31</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Panambi</u>	<u>58900-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>vina.dpvat@gmail.com</u>	<u>(183) 99813-1266</u>	<u>(183) 99415-5835</u>

Papuárias PR 04 de janeiro de 2019
Local e Data

Jeanipa Evelyn Araújo Júnior
Assinatura do Declarante

07 JAN 2019

KILDARY FERREIRA BRAGA
RUA CASTRO ALVES, S/N - CENTRO
CAJAZEIRAS / PB CEP: 55900000 (AG 212)

Emissão: 14/11/2018 Referência: Nov / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOPÁSICO
Rótulo: 9-212-140-5820 N° medidor: 0000082756

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km25-Criolo Redençor-João Pessoa/PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.095.102/0001-40 - insc Est 16.015.922-0

Nota Frente / Conta de Energia Elétrica N°015545-939
Cód. para Débito Automático: 00013887379

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

UC (Unidade Consumidora): 5/1386737-9

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Leritura	Data	Leritura							
16/10/18	2005	14/11/18	20065	1		50		29		
Demonstrativo										
COI	Descrição	Quantidade	Taxa/I	Valor Base Cota	Ale. Icms(R\$)	Base Cota Pct(R\$)	Cota(R\$)			
			Tributo Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pct Cota(R\$)	(0,9440%)	(0,9450%)		
0601	Consumo em kWh	60.000	0,800250	49,21	49,21	25	12,31	49,21	9,48	2,13
0801	Adic B Vermelha			2,22	2,22	25	0,55	2,22	0,02	0,10
0801	Adic B Amarela			0,41	0,41	25	0,10	0,41	0,01	0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO IUM PÚBLICA			9,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 10/2018			0,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2018			1,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,23	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

01 JAN 2019

CCI - Código de Classificação de Item TOTAL R\$ 52,84 51,84 12,98 51,84 R\$ 48,22
Média (Últimos meses) (R\$/mês) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

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

173 | 165 | 139 | 169 | 157 | 149 | 138 | 42 | 0 | 30 | 84 | 68
 2017 | Dec'17 | Mar'18 | Feb'18 | Mar'18 | Apr'18 | May'18 | Jun'18 | Jul'18 | Aug'18 | Sep'18 | Oct'18

54-10 2477 264f 50ff 3119 1a04 18d3 9616

Comunicação do Consumo

Indicadores de Qualidade

LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)	DISCRIMINAÇÃO	VALOR	%
DIGMENSAL	5,79	0,00		12,81	20,0%
DIG TRIMESTRAL	11,58	NOMINAL	233	18,02	29,5%
DIG ANUAL	23,16			1,96	3,11
FIC MENSAL	3,46	0,00	CONTRATADA	2,46	4,73
FIC TRIMESTRAL	8,97		LIMITE INFERIOR	25,79	47,6%
FIC ANUAL	13,95		LIMITE SUPERIOR	0,00	0,00
DMC	3,37	0,00			
DIB	12,22				
			Total	62,94	100,00

ATENÇÃO

• Lungs confirmed

007 JAN. 2019

PARAIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Rotero 6-212-140-5920
Matrícula 1386737-2018-11-6

22/11/2018

R\$ 62,94

Matrícula 1386737-2018-11-6 22/11/2018 R\$ 0,00
83600000000-7 62940054000-7 13867372018-9 11600212019-8

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vanessa Evelyn Araújo Ferreira,
RG nº 2008772140.0, data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP - CE,
CPF nº 074 430.873 - 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 Lacto Plus</u>
Número	<u>SN.</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Lagoa das Flores</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>verasdpv@hotmaill.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

07 JAN 2019

Local e Data: Lagoa das Flores - PB 30/12/2018

Assinatura do Declarante: Vanessa Evelyn Araújo Ferreira

ANA PAULA DUARTE DE SOUZA
RUA FRANCISCO REINALDO ALVES, S/N - RIOX
CAJAZEIRAS / PB CEP: 5300000 (AG. 212)

Emissao: 27/09/2018 Referencia: Set / 2018
Classe/Suspi: RESIDENCIAL/Baixa Renda MONOFÁSICO B1230 Km25-Custo Recuperar-João Pessoa/PB - CEP58071-00
Roteiro: 17-212-255-680 NF Mestrado: 00000233159

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Custo Recuperar-João Pessoa/PB - CEP58071-00
CNPJ:09.095.103/0001-40 Hect. Eel: 16.015,420

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°013-147.809
Cód. para Dfb. Automático: 00014339912

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
			Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): **5/1433501-2**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 23 de abril de 2002.

CCF	Descrição	Quantidade	Tributos/		Valor Base Calc.	Aliq. Icms(R\$)	Icms(R\$)	Base Calc. PIS(R\$)	Pis(R\$)	Cofins(R\$)	Cofins(R\$)
			Tributos Totais(R\$)	Icms(R\$)							
0801	Consumo até 200W-BR	30.000	0,201770	0,06	0,00	0	0,00	0,05	0,05	0,22	
0801	Adc B Vermelha		0,54	0,00	0	0,00	0,54	0,00	0,00	0,02	
0610	Susseio	12,94	0,00	0	0,00	12,94	0,10	0,10	0,00	0,48	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0804	JUROS DE MORA 08/2018		0,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 08/2018		0,29	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018		0,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0809	CREDITO A COMPENSAR (-) 08/2018		-7,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0808	Devolução Susseio	-12,30	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

07 JAN, 2019

CCI - Código de Classificação do item	TOTAL	0,03	0,09	0,00	19,53	0,15	0,72
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO						TOTAL A PAGAR
	04/10/2018						R\$ 0,00

0 1 0 1 0 1 0 1 55 1 113 1 89 1 10 1 17 1 17 1 28
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

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DICMENSAL	5,78	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,58	NOMINAL
DISCANIL	23,16	220
FICMENSAL	3,49	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,97	CONTRATADA
DMC	12,25	LÍMITE INFERIOR
DISCRI	12,22	LÍMITE SUPERIOR

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	3,05	27,05
Compra de Energia	3,44	31,44
Comissão de Transmissão	0,32	4,22
Encargos Setoriais	0,48	8,47
Impostos Diretos e Encargos	1,27	16,76
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	7,57	100,00

Valor de BUSD (Ref. 7/2018) R\$12,67

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$12,38
Reajuste Tariário - Vigência: 28/08/18-Res. ANEEL nº 2435-Baixa Tensão 15,41% Médio
Reajuste Tariário - Vigência: 28/08/18-Res. ANEEL nº 2436-Alta Tensão 18,75% Médio

PARAIBA
Roteiro: 17-212-255-680
Matrícula: 1433501-2018-06-3

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
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.

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:

Nome completo da vítima:

052.397.334-90

Francisco Batista Bute
CPF: 052.397.334-90

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

Nome completo:

Francisco Batista Bute

Profissão:

autônomo

Endereço:

Rua Francisco Lunardo plus 5n

Número:

5n

Complemento:

Bairro:

Div X

Cidade:

Capaguras

Estado:

Paraíba

CEP:

58900-000

E-mail:

vivasdpvata@hotmail.com

Tel.(DDD):

(83)99813-12-66

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 040

CONTA: 057181

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou
nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
país/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Capáguras-PB 04/03/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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 RODO, 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 FRANCISCO REINALDO ALVES, SN - BAIRRO PIO X - CAJAZEIRAS/PB. RG 2.842.041 SSP/PB.

VITIMA: 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, RENAVAM 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 veiculo, vindo a colidir com o mesmo; QUE caiu ao solo; QUE a vitima foi socorrido por populares e conduzido ao Hospital Regional de Cajazeiras - HRC, face a gravidade dos ferimentos; QUE a vitima **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 DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Segundo determinação da portaria nº 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.

X Francisco Batista Leite

Notificante

Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Elisangela N. Dantas

Mat. 155.719-0

POLEGAR
DIREITO

Elisangela N. Dantas
Escrivã de Pol.
Mat. 155.719-0

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:

Nome completo da vítima:

052.397.334-90

Francisco Batista Bute
CPF: 052.397.334-90

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

Nome completo:

Francisco Batista Bute

Profissão:

autônomo

Endereço:

Rua Francisco Lunardo plus 5n

Número:

5n

Complemento:

Bairro:

Div X

Cidade:

Capaguras

Estado:

Paraíba

CEP:

58900-000

E-mail:

vivasdpvata@hotmail.com

Tel.(DDD):

(83)99813-12-66

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 040

CONTA: 057181

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: Capáguras-PB 04/03/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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 RODO, 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.

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),

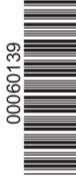
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190016795**.

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



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





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, retorno 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

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



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

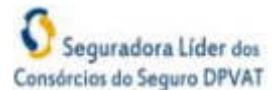
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 00000057181-4

Nr. da Autenticação F6FBB45AADD06519

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005826/19

Vítima: FRANCISCO BATISTA LEITE

CPF: 052.397.334-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/10/2018

Titular do CPF: FRANCISCO BATISTA LEITE

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/10/2018

Titular do CPF: FRANCISCO BATISTA
LEITE

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 Soete
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro.
Identidade: 2.842.041
CPF: 052.397.334-90.
Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Francisco Reinado plus sr. Padre
Capaguru - 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 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 asseguradoras 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 substanciar 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 Lante
Cajazeiras, 05 de dezembro de 2018.

Francisco Botíta Leite

07 JAN 2019

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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fernanda Cardoso Guerra Fonseca".

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VÉHICULO ATIV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VÉHICULO, PARA:

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

OPÇÃO N.º: _____

POSIÇÃO: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor declara que é dono legal do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de responder penalmente pelas penalidades impostas e sua responsabilidade, nos termos da legislação federal e estadual, especialmente do Código de Trânsito Brasileiro - CTB.
 b) O adquirente tem que informar no IES 90 (initial) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do seu nome e sobrenome, sob pena de incorrer em flagrante de trânsito (Art. 233 do CTB).
 c) É obrigatório o respectivo cancelamento das firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICAÇÃO.

DE ACORDO: _____ ASSINATURA DO COMPRADOR

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

DETAN - PB	Nº 9825330290
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
PLAQUE Nº/RC 1 0695285636-0	DATA 20130600006984-5 00/0000000
MARCA DILMA BATISTA LETTE NOME/ENDEREÇO RUA DOM MOUZINHO 549 CASA ESPERANÇA 58900000 CAJAZEIRAS - PB	
DETAN - PB	PLACA MNO4072/PB
29840856472	DATA 29/08/2013
JOSE DA SILVA OLIVEIRA NOME ANTERIOR	
NOVO PB	PLACA ANT/UF 9C6KED94080028637
CHASSI	
PAS/MOTOCICLE/NRº APLIC	
YAMAHA/XMAX 125K	MARCA/MODELO
2 P/124 /CI	CAP/PROV/UF
PARTIC	CATEGORIA
COMBUSTÍVEL GASOLINA	
2008	ANO/FAB
2008	ANO/MOD
COR PRETO/BRANCO	
FRETA	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)	
CONFORME ART. 369 C.P.C.	
RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)	
CONFORME ART. 369 C.P.C.	
DETAN - PB - LOCAL	
CAJAZEIRAS - PB 36633	
DATA 09/05/2013	DATA 09/05/2013
31054	

07 JAN. 2019



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2003772140 - 0	DATA DE EXPEDIÇÃO	18/03/2014
NOME LARESSA 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 VIA	Assinatura do Diretor		
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83			

P.: 103

07 JAN 2019