



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
31732 921	20/06/2020 16:47	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
31732 923	20/06/2020 16:47	<a href="#">13847121</a>	Documento de Comprovação
31732 925	20/06/2020 16:47	<a href="#">ato declatorio</a>	Documento de Comprovação
31732 926	20/06/2020 16:47	<a href="#">b.o</a>	Documento de Comprovação
31732 927	20/06/2020 16:47	<a href="#">comp end vitima</a>	Documento de Comprovação
31732 928	20/06/2020 16:47	<a href="#">doc hospitalar</a>	Documento de Comprovação
31732 929	20/06/2020 16:47	<a href="#">PETIÇÃO INICIAL FRANCISCO BATISTA LEITE</a>	Documento de Comprovação
31732 930	20/06/2020 16:47	<a href="#">PROCURAÇÃO JUDICIAL E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
31732 931	20/06/2020 16:47	<a href="#">Receita Federal do Brasil 2018</a>	Documento de Comprovação
31732 932	20/06/2020 16:47	<a href="#">Receita Federal do Brasil 2019</a>	Documento de Comprovação
31732 933	20/06/2020 16:47	<a href="#">Receita Federal do Brasil 2020</a>	Documento de Comprovação
31732 935	20/06/2020 16:47	<a href="#">rg e cpf vitima</a>	Documento de Comprovação
31732 936	20/06/2020 16:47	<a href="#">SUBSTABELECIMENTO FELIPE X DAYANE</a>	Documento de Comprovação
31732 938	20/06/2020 16:49	<a href="#">Outros Documentos</a>	Outros Documentos
31732 939	20/06/2020 16:49	<a href="#">GuiaCustas</a>	Documento de Comprovação
31761 827	26/06/2020 17:18	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

Em anexo.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01491/01492 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020746





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CODIGO DA UNIDADE: 2613476 CGC/CPF: 06.778.268/0020-23

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

END.: RUA TABELAO ANTONIO HOLANDA

MUNICIPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: OUTROS TIPOS DE ACIDENTE

Nome: FRANCISCO BATISTA LEITE

Raça/Cor: PARDA Idade: 34 anos(m) meses(s) de idade dias(d) de idade Sexo: M

Mãe: MARIA DILMA BATISTA LEITE Documento: rg 2 842 041 Nº: 40

Profissão: AGRICULTOR Endereço: BAIRRO MULTIRAO

Bairro: BAIRRO MULTIRAO Município-UF - CEP - IBGE: CAJAZEIRAS - PB - 58900000 - 250370-0

Telefone para contato (83) 3351-3563 / Telefone para contato (83) 3351-3563 / CNES: 705103404590370

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

Unidade Principal: [Handwritten Signature]

PA: SSVV

Alergia Medicamentosa: ( ) Não ( ) Sim

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

[Handwritten notes: Paciente refusa de fornecer informações]

[Handwritten notes: História de hipertensão]

[Handwritten notes: História de diabetes]

[Handwritten notes: História de hipertensão]

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:

[Handwritten signature]

DIAGNÓSTICO:

[Handwritten: Síndrome de...]

CID-10: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

RESIDENCIA

INTERNAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

OBITO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. 030110601100

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

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

[Handwritten signature]

Dr. Carlos Frederico de Trauma

Ortopedia - Trauma

Medico / GNS / CRM

Ortopedia - Trauma

ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

[Handwritten signature]

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

[Handwritten signature]

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

[Handwritten signature]

CBO

OU POLEGAR DIREITO

CADASTRO: 788559705

ECEPCIONISTA: WILLIAM LOPES

07 JAN 2019





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 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, RENAVALM 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 DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo 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.

Francisco Batista Leite  
 Notificante  Testemunha Arrogada

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

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

POLEGAR  
DIREITO

07 JAN 2019



ANA PAULA DUARTE DE SOUZA  
 RUA FRANCISCO REINALDO ALVES, S/N - PIO X  
 CAJAZEIRAS / PB CEP: 5800000 (AG: 212)

Emissao: 27/09/2018 Referência: Set / 2018  
 Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br230  
 Roteiro: 17-212-255-8480 Nº medidor: 00008233189

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
 CNPJ: 09.085.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-1

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

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a **Apresentação** **Data prevista da próxima leitura** **CPF / CNPJ / RANI**  
 Set / 2018 27/09/2018 29/10/2018 066.916.264-69  
 Insc. 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				
29/09/18	4246	27/09/18	4276	1	30	29	
<b>Demonstrativo</b>							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc	Aliq. ICMS (R\$)	Base Calc Pis (R\$)	Cofins (R\$)
				Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	Pis/Co Ins (R\$) (0,8069%)	(3,7164%)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,201770	6,05	0,00	0,00	0,05
0601	Ac.c B Vermelha			0,54	0,00	0,00	0,00
0610	Subsídio			12,94	0,00	0,00	0,10
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>							
0804	JUROS DE MORA 09/2018			0,09	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2018			0,28	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018			0,03	0,00	0,00	0,00
0999	CREDITO A COMPENSAR (-) 09/2018			-7,57	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-12,36	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 0,00 0,00 0,00 19,53 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 | 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

7/2018 - Cajazeiras

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,79	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,58		
DIC ANUAL	23,16		CONTRATADA LIMITE SUPERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC MENSAL	3,49	0,00	
FIC TRIMESTRAL	6,97		
FIC ANUAL	13,95		
DMIC	3,57	0,00	
DICRI	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	2,05	27,09
Compra de Energia	3,44	45,44
Serviço de Transmissão	0,32	4,23
Encargos Setoriais	0,49	6,47
Impostos Diretos e Encargos	1,27	16,75
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>7,57</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref. 7/2018) R\$ 2,67

**ATENÇÃO**

**Faturas em atraso**

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 12,96  
 Reajuste Tarifário - Vigência: 28/08/18 - Res. ANEEL nº 2.438 - Baixa Tensão 15,41% Médio  
 Reajuste Tarifário - Vigência: 28/08/18 - Res. ANEEL nº 2.438 - Alta Tensão 18,75% Médio

ENERGISA PARAIBA

**VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**

Roteiro: 17 - 212 - 255 - 8480  
 Matrícula: 1433501-2018-09-3

**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





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CODIGO DA UNIDADE: 2613476 CGC/CPF: 08.778.268/0026-23

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

END.: RUA TABELIAO ANTONIO HOLANDA

MUNICIPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: OUTROS TIPOS DE ACIDENTE

Nome: FRANCISCO BATISTA LEITE

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 03/12/1983 Idade: 34 ano(s) meses) de idade dias) de idade

Sexo: M

Mãe: MARIA DILMA BATISTA LEITE

Profissão: AGRICULTOR

Documento: rg 2 842 041

Endereço: BAIRRO MULTIRAO

Nº: 40

Bairro: BAIRRO MULTIRAO

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

Telefone para contato (83) 3351-3563 / CNS: 705103404590370

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

Queixa Principal:

Alergia Medicamentos: ( ) Nao ( ) Sim

SSVV

PA:

TEMP.:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Paciente vítima de fratura fechada do  
do 5º e 6º (5º e 6º) dedos da  
mão direita de natureza traumática

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

ECFECIONISTA: WILLIAM LOPES

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:

*Francisco Batista Leite*

DIAGNÓSTICO:

*Síndrome de*

CID-10:

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

RESIDÊNCIA

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. 030110601100

2. | | | | | | | | | |

3. | | | | | | | | | |

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

*Dr. Carlos Fabrício de*  
Ortopedia - Traumatologia - PB  
MEDICO / OMS / CRM  
ORÇÃO FÁBRICO DE SUSA SANTOS - 4676 - 3000851

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

*Francisco Batista Leite*  
ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

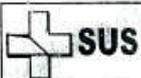
CARIMBO

CADASTRO:

748859105

07 JAN 2019





Sistema Único da Saúde  
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**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

Guilherme Batista Leite

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1810184

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7105110341045910370

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/12/1983

MASC.  1

FEM.  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Anna Delfina Batista Leite

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Profeta

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Pa Cajazeiras

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

520370

15 - UF

PB

16 - CEP

58900000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

cento vertice de trauma fechando de

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Do fechamento de movimento e deformidade

07 JAN. 2019

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

Fratura do 2º, 3º e 1º metacarpo

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

S62.0

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04108920377

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/10/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº 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 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

08/10/2018

CRM: 2539

AUTOR



Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba <sup>117-03</sup>  
**Hospital Regional de Cajazeiras**

**CLÍNICA CIRÚRGICA**

Serviço do Dr. \_\_\_\_\_ Observação N° \_\_\_\_\_  
Nome: Francisco Batista Leite Filho de: Severino  
Leite Silva e de M<sup>te</sup> Dilema B. Leite  
Residência: Rua Projetada Bairro: Futuro. Cajazeiras PB Idade: 34 anos  
Cor: Amarelo Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro  
Naturalidade: Cajazeiras Profissão: Organizador  
Internado em 08 de Outubro de 2018.

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

Paciente vítima de trauma referido dor  
em pé (F)

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

Dor localizada de nomenclatura e deformação do  
pé (F)

07 JAN. 2019

**Exames Complementares: ( Raios X, Laboratório)**

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

Gráfica IDEAL (83) 3531.2442









# Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: João Batista Enf.: 177 Leito: 03

DATA	HORA	
08.10.18		Paciente admitido neste sala para tratamento cirurgico. Segue a cuidados p.
09.10.18	09:30 hr	Paciente acordando eucorica, de futura mes- dado sob VIE, a qual se encontra imobilizada. Ao exame físico, orientado, higienizado, me- mbrado, perfusão periférica presente; mem- brado, RCP, RT, respiração espontânea, euf- nica. Eliminação vesical e intestinal normais. Relata estar em jejum desde os 24hrs de início do dia anterior e sem dor, apresenta dois episódios de vômito, e tem tido um episódio de êmese. Em VAP no VSE. Ex. Enf. VFCG- Optimelle 24. 1/1/18 //
10/10/18	11:00	Paciente consciente, orientado verbalizando o local e o nome do, aceita dieta realizada quantitativa em rate com 50-90%, realizada por <u>Vanusa Ana de Abreu</u> enfermeira alta hospitalar. <u>COREN-PB 222.551</u>

07 JAN 2019





HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS					ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Francisco Batista Leite</i>			IDADE <i>34a</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>B</i>	
DATA <i>09/10/2018</i>	PRESSÃO ARTERIAL <i>130x80</i>	PULSO <i>72 bpm</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HÊMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIA			
ESTADO VENTAL <i>Consciente</i>			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALEGRIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura de dedo do pé</i>					ESTADO FÍSICO <i>ASA I</i>	RISCO <i>R1</i>		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADAS ÀS	EFEITO		
					<i>16:40h</i>	<i>17:40h</i>		
AGENTE ANESTÉSICO	02						INDUÇÃO	
LIQUIDO		<i>VF VF</i>					Satisf. <input type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/> Tos. <input type="checkbox"/>	
CÓDIGO VP - ARTERIAL, O PULSO, O - RESPIRAÇÃO A X ANESTESIA: O OPERAÇÃO	260						Laringo Espasmo: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/>	
	240						Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>	
	220						Outros: <input type="checkbox"/>	
	200						MANUTENÇÃO	
	180						<i>Fentanyl -&gt; 100µg</i>	
	160						ANESTESIA SATISF: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	140						Não Por Que: <input type="checkbox"/>	
	120						DESPERTAR	
	100						Reflexos na SO <input type="checkbox"/>	
	80						Obstr.: <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> Excit: <input type="checkbox"/>	
	60						Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>	
	40						Outros: <input type="checkbox"/>	
	20						Com Cânula <input type="checkbox"/>	
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES	<i>Verificação oximétrica PANI</i>						Para o Leite: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
ANOTAÇÕES							CONDIÇÕES: <input type="checkbox"/>	
AGENTES	<i>Bupivacaína a 0,15% perca (12,5mg)</i>							
TÉCNICA	<i>Raquianestesia punção paramediana L3-L4</i>						CÂNULAS <i>Aguilha 26G</i>	
OPERAÇÃO	<i>Tratamento cirúrgico do pé (E)</i>							
CIRURGIÕES	<i>Dr. José Landim</i>							
ANESTESISTAS	<i>Dr. José Matias</i>							
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDAS SANGÜÍNEAS			



Hospital

Nome do Paciente

Fco BACURU LINS

Nº Prontuário

Data Operação

09/10/18

Enf.

Leito

Operador

1º Auxiliar

2º Auxiliar

3º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Função do 2º/3º/4º 4000

8

Tipo de Operação

Ressecção + oment

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 COLAR
- 2) ANESTESIA
- 3) APOSIÇÃO DO ENDO CRU
- 4) TRUSS
- 5) DRENAGEM
- 6) FIM
- 7) LIGADURA COM 10-0/52
- 8) SUTURA + TRUSS DO CRU

Dr. José Landim Neto

MÉDICO

CRM - PB 11767

07 JAN 2019

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442



**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  
20161004-D1-0017  
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



**AO JUÍZO DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE  
CAJAZEIRAS/PB**

**FRANCISCO BATISTA LEITE**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no RG nº 2.842.041 SSP/PB e CPF nº 052.397.334-90, com endereço na Rua Francisco Reinaldo Alves, s/n, Pio X, Cajazeiras, Paraíba, não possui endereço eletrônico, vem, por intermédio de seus advogados infra-assinados, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**  
**PELO PROCEDIMENTO COMUM (Art. 318 CPC)**

Em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, localizada na Avenida Treze de Maio, nº 23, 2º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20031-902, portal <https://www.seguradoralider.com.br/> pelas razões de fato e de direito que passa a expor:

**Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



## DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

Inicialmente, a parte autora solicita a Vossa Excelência se digne a deferir a Gratuidade de Justiça, na forma dos artigos 98 e 99 e seus parágrafos do CPC bem como, da Lei 1060/50, eis que não possui condição financeira para arcar com o ônus da presente demanda, sem que tal dispêndio traga, para si e sua família, prejuízo de subsistência, nos termos da declaração acostada nos autos.

Junta para tanto, a guia de custas do processo, conforme determinação do E. Tribunal de Justiça da Paraíba, para fins de gratuidade processual.

Junta também extrato dos três últimos anos do IRPF.

## DAS PUBLICAÇÕES E INTIMAÇÕES

Por fim em cumprimento ao art. 39, I, do CPC, a parte autora requer que todas as intimações referentes a este processo sejam endereçadas a Av. João Machado, 553, sala 404, Centro, João Pessoa/PB, CEP. 58013-520, requerendo, ainda, **que todas as publicações sejam efetuadas exclusivamente em nome dos advogados Dr. Jose Orivaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/RJ sob o nº 57069, endereço eletrônico [josebritoadvogados@hotmail.com](mailto:josebritoadvogados@hotmail.com) e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251, endereço eletrônico [fariasdesousaadv@gmail.com](mailto:fariasdesousaadv@gmail.com)** sob pena de nulidade, a teor do art. 236, § 1º, do CPC, esperando deferimento.

### **Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



## DA MEDIAÇÃO

Muito embora a parte autora tenha sempre interesse em conciliar, no caso concreto, como a experiência demonstra a seguradora ré jamais conciliou o que sempre tornou inócua as audiências de conciliação previstas no código anterior. Por isso, na forma do parágrafo 5º. Do Artigo 334, do novo CPC, o autor, declara seu **desinteresse** na designação de audiência com a finalidade de conciliação ou mediação.

## DOS FATOS

Na data de **04 de outubro de 2018**, o autor foi vítima de grave acidente de trânsito, ocasião que sofreu **FRATURA NO PÉ ESQUERDO E NOS TRÊS DEDOS DO PÉ ESQUERDO E OUTROS TRAUMAS PELO CORPO**.

Em virtude das lesões sofridas pelo autor, conforme relatado acima, culminou com a sua debilidade permanente, apresentando assim, limitação de movimentos e deformidade do pé esquerdo, dificuldades de locomoção, muitas dores atrapalhando então suas atividades diárias, tudo conforme comprova o Boletim de Ocorrência nº 721/2018 e Boletim de Atendimento Médico e documentação médica hospitalar anexa.

Conforme lesão e debilidade citada acima, a lei vigente rege que tal sequela em tela (perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé) seja indenizada no percentual de **80% da tabela (50% + 30%)**, ou seja, **R\$ 10.800,00 (dez mil e oitocentos reais)**.

### **Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



A parte autora sofre com as sequelas permanentes provenientes do acidente, sentindo fortes dores na região do pé, e outras patologias que serão comprovadas mediante perícia médica.

Ao vermos os documentos presentes nos autos, a seguradora ré levou em consideração de forma arbitrária que o promovente possui direito a apenas **R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, do valor indenizatório, em seus cálculos, contrariando a lei em vigência, conforme documento comprobatório.

No caso em tela, há de se pagar o percentual 80%, perfazendo a indenização de até **R\$ 10.800,00 (dez mil e oitocentos reais)** deduzindo-se o valor já pago administrativamente, sendo informado através de perícia médica o percentual de diferença a ser seguido e pago.

Assim, na qualidade de vítima de acidente de trânsito, ciente de sua inequívoca invalidez e munido da documentação necessária, protocolizou o pedido de pagamento do **SEGURO DPVAT**, tendo a seguradora ré **RECONHECIDO O ACIDENTE, ATRAVÉS DO SINISTRO Nº 3190016795**, pagando, todavia, valor inferior ao devido, apenas **R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, contrariando desta forma, o previsto na Lei nº. 6194/74 com as atualizações da lei nº 11945/09.

Ressalte-se que, após o acidente sofrido, adquiriu **INVALIDEZ DE NATUREZA PERMANENTE**, não lhe restando, dessa

**Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



forma, alternativa, senão a propositura da presente ação, para o recebimento do seu direito.

### **DO DIREITO**

A questão vertente exige a exegese da norma constante dos art. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74, com as atualizações da Lei 11945/09, pelo qual se depreende de modo inequívoco, que havendo **INVALIDEZ PERMANENTE** em membro inferior em um dos pés e em três dedos com outros traumas, o valor da indenização deve ser de **80% do Seguro DPVAT**, que corresponde a **R\$ 10.800,00 (dez mil e oitocentos reais)**, a ser paga de acordo com o real grau de invalidez de que é portadora a vítima, devendo o grau ser aferido por ocasião da perícia médica.

No caso dos autos, a seguradora ré pagou apenas **R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)** restando ainda ser pago **R\$ 9.112,50 (nove mil, cento e doze reais e cinquenta centavos)**.

Dessa forma, restando comprovado o acidente de trânsito e as sequelas oriundas deste, faz jus a autora ao recebimento do complemento do **SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ, NO VALOR DE R\$ 9.112,50 (nove mil, cento e doze reais e cinquenta centavos)**.

### **DO PEDIDO**

Face ao exposto, requer a Vossa Excelência, seja determinada, desde logo, a citação da seguradora ré, para, se quiser, responder aos termos da presente sob pena de revelia e confissão, pedindo e esperando a inteira **PROCEDÊNCIA DO PEDIDO**,

#### **Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



com a conseqüente condenação da ré ao pagamento de uma indenização que tenha como base as seguintes verbas:

- a) O deferimento do pedido de gratuidade de justiça;
- b) Que todas as publicações na Imprensa Oficial sejam feitas exclusivamente em nome do Dr. Jose Orivaldo Brito da Silva, OAB/RJ 57069 e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, OAB/PB 25.251, bem como para fins do art. 39, inciso I do CPC, que sejam remetidas todas as futuras intimações para seu endereço profissional constantes no timbre da presente peça;
- c) **Pagamento do SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ**, no valor de R\$ 9.112,50 (nove mil, cento e doze reais e cinquenta centavos), na forma do artigo 3º, alínea b, da Lei nº 6194/74, com as atualizações da Lei nº 11945/09, corrigido monetariamente desde a data do acidente, acrescido de juros desde a citação;
- d) **Honorários advocatícios**, estes arbitrados em até 20% sobre o valor da condenação, custas judiciais, juros e correção monetária onde couber.

#### DAS PROVAS

Finalmente, protesta pela produção de provas, especialmente a documentação superveniente e a pericial médica, acostando, para tanto, os quesitos.

#### **Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



**DO VALOR DA CAUSA**

Dá-se à causa o valor de R\$ 9.112,50 (nove mil, cento e doze reais e cinquenta centavos).

Termos em que,

Pede e espera deferimento.

Cajazeiras, data da assinatura digital.

**Felipe Eduardo Farias de Sousa**  
**OAB/PB 25.251**

**Jose Orivaldo Brito da Silva**  
**OAB/RJ 57069**

**Dayane Nunes Ramos**  
**OAB/PB 27.489**

**Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



## QUESITOS PARA PERÍCIA MÉDICA

**Queira o Ilustre Perito responder o seguinte:**

1. Foi o periciado vítima de acidente automobilístico? Em que data?
2. Foi internado? Qual nosocômio?
3. Qual o diagnóstico médico?
4. Necessitou de intervenção cirúrgica? Qual a indicação nosológica?
5. Necessita ainda o periciado de tratamento?
6. São definitivas as sequelas?
7. A lesão é permanente?
8. Ficou com incapacidade permanente? Se positivo indicar o (s) membro (s) e/ou sentido (s) e/ou função(ões) e o percentual, por parte afetada, separadamente, de acordo com a tabela do SEGURO DPVAT, informando, inclusive se o periciado suporta sequelas residuais.
9. Suporta deformidade e debilidade permanente? Esclarecer, de acordo com a tabela do SEGURO DPVAT, percentual, **por parte**

---

**Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



afetada, separadamente, inclusive se o periciado suporta sequelas residuais.

10. Se a(s) parte(s) atingida(s), compromete parte e/ou todo o movimento e/ou funcionalidade do Membro ou órgão afetado? Caso positivo, qual o percentual a ser atribuído, levando em conta o comprometimento do membro ou órgão afetado?

11. Tendo como base o teto máximo do seguro DPVAT (100%), informar qual o somatório final dos percentuais apurados.

12. Esclareça todo o mais que entender necessário ao bom trabalho a que foi nomeado.

13. No caso de a sequela da qual é portadora a vítima, não fazer parte das sequelas indenizáveis pela tabela do SEGURO DPVAT, qual o percentual de invalidez o expert atribuiria ao periciado, considerando o comprometimento da sequela na vida diária e laborativa da vítima.

14. Se a lesão sofrida pela autora, prejudicou o seu desempenho profissional, a ponto de ter de ser readaptada a nova função?

**Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

**OUTORGANTE:** Francisco Batista Leite; brasileiro, solteiro, RG: 2842.041, CPF 052.397.334-90, residente e domiciliado na Rua Francisco Reinaldo, Alvers, s/n, Piz X, Cajazeiras - PB.

**OUTORGADOS:** FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251 e JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, Advogado inscrita na OAB/PB sob o nº 25.251/A ambos com escritório profissional localizado na Av. João Machado, 553, 4º andar, sala 404, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58013-520.

**PODERES:** Para o foro em geral, nos termos do art. 105, e seus incisos do CPC/2015, inclusive, como CLÁUSULA ESPECIAL, CONFERINDO PODERES DE CONFESSAR, TRANSIGIR, DESISTIR, RECEBER ALVARÁ JUDICIAL PERANTE O CARTÓRIO QUE TRAMITA O PROCESSO BEM COMO, LEVANTAMENTO DE VALORES EM INSTITUIÇÕES BANCÁRIAS, DAR QUITAÇÃO A CRÉDITOS EM FAVOR DO (A) OUTORGANTE decorrente da atuação do outorgado, firmar compromisso de inventariante, bem como, de síndico em falência e comissário em concordata, prestar primeiras e últimas declarações em inventário ou arrolamento, acompanhá-los em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, reconhecer a procedência do pedido, retirar alvará em cartório, dar e receber quitação, renunciar no todo ou em parte do direito sobre o qual funda a ação, representando-o (os) perante o Juízo, Instância ou Tribunal, repartições Públicas, Federais e/ou Municipais, na resolução de demandas administrativas, ainda, receber e dar quitação de alvarás em estabelecimentos financeiros e bancários seja eles quais forem separadamente, representar o (a) outorgante em delegacias, procedimentos criminais e administrativos criminais, delegacia do idoso, atuar em representações criminais, atuar em ações de cobrança de seguro obrigatório DPVAT, representar o (a) outorgante em estabelecimentos hospitalares, requerer vistas e cópias de prontuários médico, bem como, substabelecer com ou sem reservas de poderes, receber valores depositados mediante alvará nas instituições bancárias conveniadas com o Tribunal de Justiça da Paraíba, representar o outorgante em ações de cobrança contra instituições de crédito, seguradoras, cobranças de seguro de vida e previdência, representar de forma administrativa nas esferas Estadual e Municipal, acompanhar e praticar atos em processos administrativos, bem como, perante o INSS, realizando-se todo e qualquer ato que seja necessário.

Sousa, 07 DE MAIO DE 2019

Francisco Batista Leite

OUTORGANTE



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**DECLARANTE:** Francisco Batista Leite, brasileiro, solteiro,  
RG 2842041, CPF: 058.052.394.334-90, residente e  
domiciliado na Rua Francisco Rinaldo Alves, s/n, P.O. X  
Cajazeiras - PB

DECLARO com base na Lei n.º 7.115 de 29/01/1993 (Lei da Desburocratização) e Lei 1.060/50, que: "Não disponho de condições econômicas suficientes para arcar com custas e despesas processuais, da demanda, sem que venha a causar danos ao sustento próprio e de minha família, não percebo verba suficiente para o custeio antecipado de custas".

DECLARO ainda, ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e penais a que estarei sujeito (a), caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

João Pessoa, 07 DE MAIO DE 2019.

Francisco Batista Leite  
DECLARANTE



# Situação das Declarações IRPF 2018

Prezado Contribuinte (CPF 052.397.334-90),

FRANCISCO BATISTA LEITE

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

18/06/2020

19:01

versão 01.20180815

[Voltar](#)



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R



# Situação das Declarações IRPF 2019

Prezado Contribuinte (CPF 052.397.334-90),

FRANCISCO BATISTA LEITE

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

18/06/2020

19:01

versão 01.20180815

[Voltar](#)



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R



# Situação das Declarações IRPF 2020

Prezado Contribuinte (CPF 052.397.334-90),

FRANCISCO BATISTA LEITE

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

18/06/2020

19:00

versão 01.20180815

[Voltar](#)



(javascript:window.print())

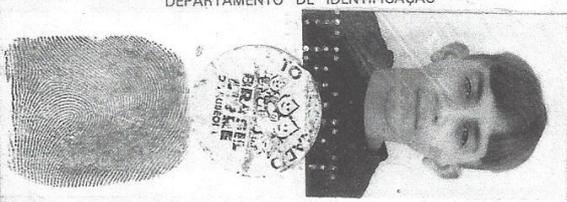
A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>) Versão: v.01R



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Francisco Batista Leite*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
**052.397.334-90**

Nome  
**FRANCISCO BATISTA LEITE**

Nascimento  
**03/12/1983**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 042.041 DATA DE EXPIRAÇÃO 29 NOV 2000

NOME **FRANCISCO BATISTA LEITE**

FILIAÇÃO **Severino Leite Silva**  
**Maria Dálma Batista Leite**

**Cajazeiras-PB.** DATA DE NASCIMENTO **03/12/1983**

NATURALIDADE

Doc. ORIGEM **Cert. Nasc. 24.965-Fls. 346-Liv. A-42**

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

07 JAN. 2019



## **SUBSTABELECIMENTO**

Por este instrumento particular de substabelecimento, **FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251, substabeleço **COM RESERVAS** de poderes a **DAYANE NUNES RAMOS**, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/PB sob o nº. 27.489, os poderes que me foram outorgados pela parte promovente para atuar nos autos do presente processo, tudo conforme instrumento de procuração outorgada.

João Pessoa, 18 de junho de 2020.



**FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA**

**OAB/PB 25.251**



Em anexo.



 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 013.1.20.00827/01 <b>Data de emissão:</b> 20/06/2020
<b>Nº do Processo:</b> 0801105-82.2020.815.0131	<b>Comarca:</b> Cajazeiras	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 30/06/2020
<b>Número da guia:</b> 013.2020.600827 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Iniciais		<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,78	
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 517,80 - Taxa Judiciária: R\$ 136,69 - Taxa bancária: R\$ 1,35		<b>Promovente:</b> DAYANE NUNES RAMOS; FRANCISCO BATISTA LEITE; <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO <b>Valor da causa:</b> R\$ 9.112,50	
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.		<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6 <b>Parcela:</b> 1/1 <b>Valor total:</b> R\$ 655,84 <b>Desconto total:</b> R\$ 0,00	
866300000068 558409283188 520200630017 312000827013 			<b>Valor final:</b> R\$ 655,84

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 013.1.20.00827/01 <b>Data de emissão:</b> 20/06/2020
<b>Nº do Processo:</b> 0801105-82.2020.815.0131	<b>Comarca:</b> Cajazeiras	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 30/06/2020
<b>Número da guia:</b> 013.2020.600827 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Iniciais		<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,78	
<b>Promovente:</b> DAYANE NUNES RAMOS; FRANCISCO BATISTA LEITE; FELIPE <b>Valor da causa:</b> R\$ 9.112,50		<b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.; <b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 517,80 - Taxa Judiciária: R\$ 136,69 - Taxa bancária: R\$ 1,35	
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.		<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6 <b>Parcela:</b> 1/1 <b>Valor total:</b> R\$ 655,84 <b>Desconto total:</b> R\$ 0,00	
866300000068 558409283188 520200630017 312000827013 			<b>Valor final:</b> R\$ 655,84

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 013.1.20.00827/01 <b>Data de emissão:</b> 20/06/2020
<b>Nº do Processo:</b> 0801105-82.2020.815.0131	<b>Comarca:</b> Cajazeiras	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 30/06/2020
<b>Número da guia:</b> 013.2020.600827 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Iniciais		<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,78	
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 517,80 - Taxa Judiciária: R\$ 136,69 - Taxa bancária: R\$ 1,35		<b>Promovente:</b> DAYANE NUNES RAMOS; FRANCISCO BATISTA LEITE; <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO <b>Valor da causa:</b> R\$ 9.112,50	
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.		<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6 <b>Parcela:</b> 1/1 <b>Valor total:</b> R\$ 655,84 <b>Desconto total:</b> R\$ 0,00	
866300000068 558409283188 520200630017 312000827013 			<b>Valor final:</b> R\$ 655,84





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMARCA DE CAJAZEIRAS  
4ª VARA

Processo nº 0801105-82.2020.8.15.0131

Parte Autora: FRANCISCO BATISTA LEITE

Parte Ré: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Despacho

*Vistos etc.*

**Defiro a gratuidade judiciária requerida (art. 98 e ss., CPC), vez que não há elementos nos autos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do benefício, aptos a autorizar a desconsideração da presunção relativa da alegação de insuficiência de recursos (art. 99, §§ 2º e 3º, CPC).**

Deixo de designar audiência de conciliação, ante a impossibilidade momentânea de realização deste ato de forma presencial por conta da pandemia pelo Covid -19 e como forma de permitir maior celeridade processual.

Sendo assim, **cite-se** a parte acionada para, querendo, apresentar contestação, no prazo legal, com as advertências do artigo 344 do CPC.

Em havendo arguição de prejudiciais de mérito/preliminares (art. 337, CPC) ou de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (art. 350 do CPC), por ocasião da contestação, **intime-se** a parte autora, independentemente de conclusão, para, querendo, se manifestar no prazo de **15 (quinze) dias**.

Somente após a réplica, voltem-me conclusos.

Cajazeiras, 23 de junho de 2020.

HERMESON ALVES NOGUEIRA  
Juiz de Direito

