

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

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

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180061044**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12353417



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Nº Sinistro: 3180061044

Vitima: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Data do Acidente: 27/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12353620



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

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

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180061044**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo infor.
incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12447956



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Sinistro: 3180061044
Vítima: EMANOEL CAVALCANTI LEITE
Data do Acidente: 27/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180061044** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12701517

A/C: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000002001-X

Conta: 0000023411-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

139.901.984-09

Nome completo da vítima

Emmanuel Cordeiro Leite

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Emmanuel Cordeiro Leite		CPF titular da conta 139.901.984-09	Profissão Sempregoado
Endereço Sítio Guez da Teresa		Número 51 N	Complemento
Bairro Residência - Centro	Cidade Corumbá	Estado Pernambuco	CEP 58770-000
Email		Telefone (DDD) 83 99880-2050	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECLUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ 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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD	DV	CONTA NRD	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRD
Banco do Brasil	
AGÊNCIA NRD	DV
2001	X
CONTA NRD	DV
23411	7
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Porto-7B 25 de Janeiro de 2018

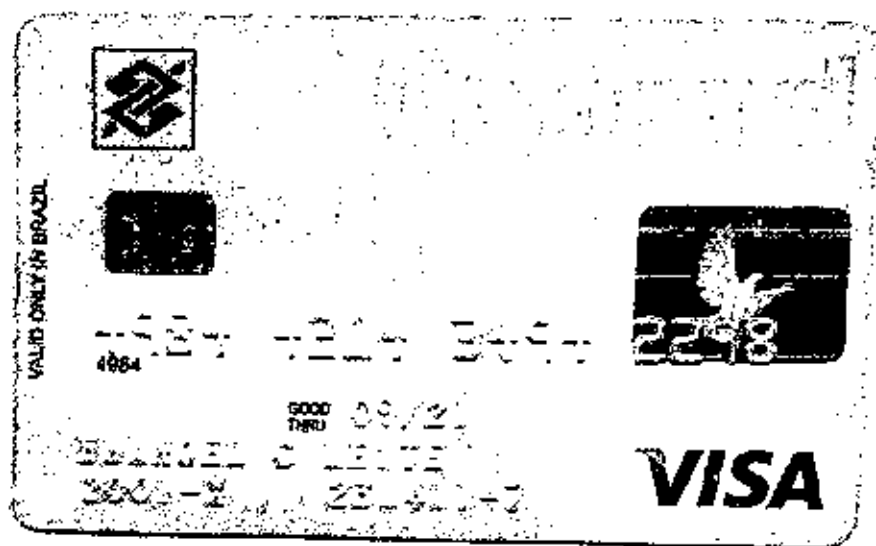
Local e Data

29 JAN 2018

Emmanuel Cordeiro Leite

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



29 JAN 2018

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180061044
Nome do(a) Examinado(a): Emanuel Cavalcanti Leite
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Cruz da Tereza, S/N Residência
Centro Coremas PB CEP: 58770-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 363413
Data local do acidente: [27/09/2017]
Data local do exame: [11/04/2018] Patos [PB]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA MÚLTIPLA DO ÚMERO DIREITO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 27/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA MÚLTIPLA DO ÚMERO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO ÚMERO COM 2 PLACAS 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 05/10/2017, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA EM HEMI J POR UM PERÍODO DE 60 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA DOR CRÔNICA DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO
Data da Alta: 07/10/2017

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

APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO DIREITO EM 1,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 25° E DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO COTOVELO DIREITO GRAU I, DOR CRÔNICA DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO DIREITO EM 1,5 CM
DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO EM 25°
DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 25°
DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO COTOVELO DIREITO GRAU I

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

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

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

Carimbo com Nome e CRM


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



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

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

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

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

HISTÓRICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades
cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte: na data e
horário acima, o notificante conduzia a motocicleta HONDA NXR 160
BROS ESDD, ano/modelo 2017, placa OFF 8522, cor vermelha,
chassi 9C2KD081CHR422428, licenciada em nome de MARIA LEIDIJANE
DE S GARRIDO DE ANDRADE, pelo bairro Cabo Branco, Coremas/PB,
próximo a oficina de Zé Nilton Pinter, quando uma caminhonete de
marca D20, de cor branca ao sair do interior de uma oficina
invadindo a rodovia atingiu com a carroceria o notificante, que
foi socorrido pelo proprietário da caminhonete para o hospital
local, que devido ao acidente, fraturou o braço e ombro direito,
conforme laudo em anexo. Nada mais a consignar.

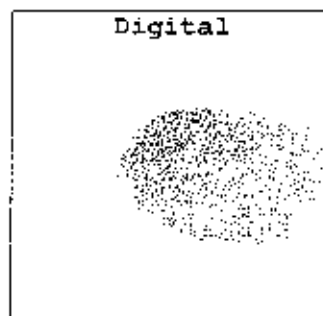
Boletim de ocorrência



Notificante

Digital

Policial Responsável pelo Registro
Matrícula: 169.557-1



29 JAN 2018

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

139.101.984-01

Data do Acidente

29/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

Declaração de inexistência



CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Patos-PB 25 de Janeiro de 2018

Local e Data

Elisomir do Carmo da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>GMARCEL CAVALCANTE</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>05/10/2019</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. Fábio SPC</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Wilson</u>	
Anestesista: <u>Dr. Jussélio</u>	Tipo de Anestesia: <u>Bloquia Pêlo Pericoma</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>FRATURA UMBIL PROXIMAL DIREITA</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>OTECOMENTOS UMBIL PROXIMAL DIREITA</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>Bom</u>		
Relatório Imediato do Patologista: <u>Não</u>		Comprovação de ato deca
		
Exame Radiológico no Ato: <u>Não</u>		
Acidente Durante a Cirurgia: <u>Não</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
1. PACIENTE GM DECUBITO PRONA NA CIRURGIA
2. ASSISTIDA E ANESTESIA
3. CUIDADO COM O CÍRCULO
4. VÍDEO DE ACESSO ANTERIOR AO UMBIL
5. REDUÇÃO CORRENTE E OTECOMENTOS UMBIL PROXIMAL DIREITO COM PLACA T 4.5 – O PNEUMÃO CORRENTE 0.5
6. GASTROSTOMIA 6.5 cm
7. IRRIGAÇÃO DA FLUXO NA SF 3.2
8. SUTURA DO PNEU

Dr. Fábio SPC
Otorrinolaringologista
CRM 10000

29 JAN 2018

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: 17/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMANOEL CAVALCANTI LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02001-X

CONTA: 000000023411-7

Nr. da Autenticação 0F077D8E15CCACB1

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Maria Leidiane de Sousa Garrido de Andrade

RG nº 2559086, data de expedição 21/05/2015

Órgão SSDPB, portador do CPF nº 055.363.854-88 com domicílio na cidade de Coremas, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: Manoel Cavalcanti, nº 282,

complemento Apartamento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Emanuel Cavalcante Leite, cujo o condutor era

Emanuel Cavalcante Leite

Veículo: Moto Honda Bros

Modelo: Honda Bros NXR 160

Ano: 2017

Placa: 07F-5522 PB

Chassi: 9C2K0810HR422428

Data do Acidente: 27/09/2017

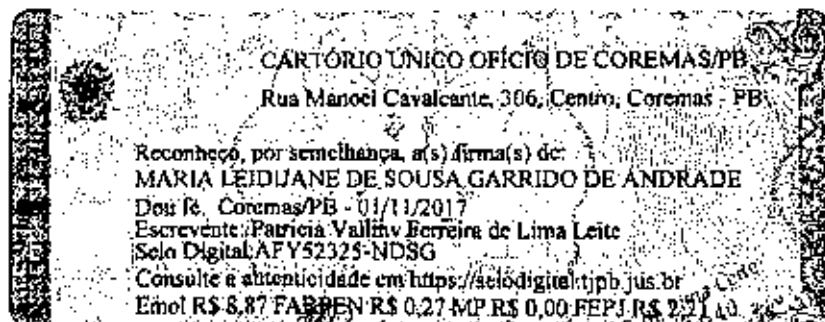
Local e Data: Coremas - PB 25/01/2018

Declaração do proprietário



Maria Leidiane de S. G. de Andrade
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Patricia Vallim
CPF: 074.412.014-40
Cartório Tab. Severino
Coremas - PB

29 JAN 2018



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

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

(Intopodista)

Encaminho o paciente
atua de acidente
(colisão moto - carro)
na 1^a / 12, apresentando
lesão em m. II e III.
apresentando dor intensa
em m. d.

Do Rx: Fratura transverse
completa acentuado 1/3
proximal e solo anatômico
de m. d. direita, associada
a deslaminamento.
Solicito avaliação e
conduta

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

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE

"PEDIMOS AOS MÉDICOS QUE MELHOREM SUA LETRA"

Documentação médica - h



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

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

Patricia Valliny F. de Lima Leite
CPF: 074.422.934-40
Cartório Tab. Severino Lucas
Coremas-PB



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

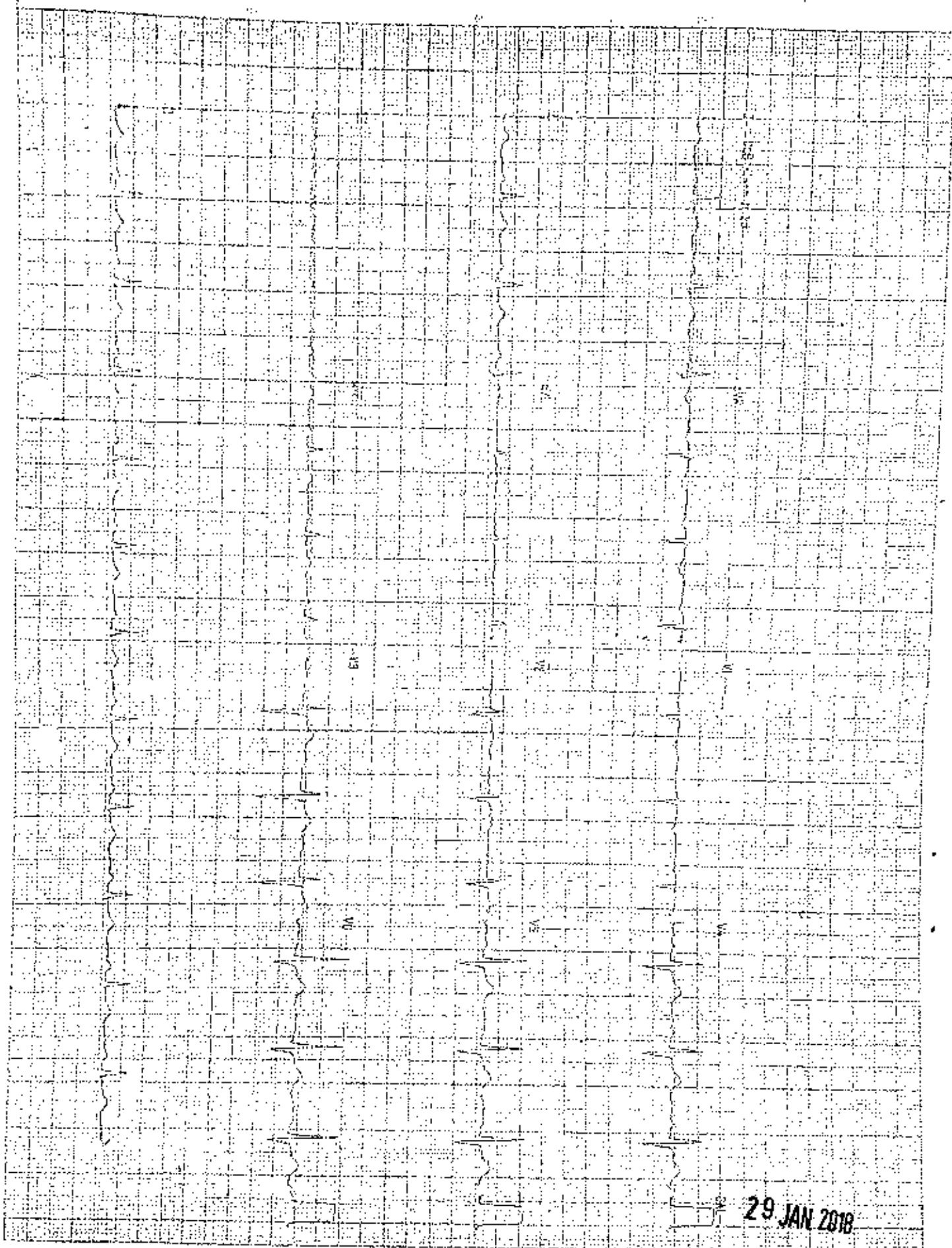
Autorego o presente
a nobreza Travençolo
como apoio para
proteção de vida

Dr. Leonardo Montez
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6513 - TECT 13.551

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

29 JAN 2018

842 10.25 13 17 18.45 19.10



29 JAN 2018

100

Scanned by CamScanner

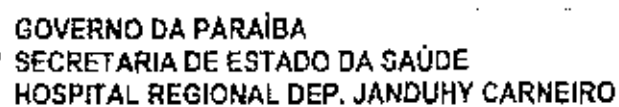
NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Emmanuel Cavalcante Leite					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEPT. JANDUIRY CARNEIRO
62	05	SUS	62 anos	15/01/96	
CIRURGIÃO Dr. Carlos José - Junior (EL)		CIRURGIÃO Dr. Fabiano SPOI			
ANESTESIA Flaqueira		ANESTESIA Dr. Janduir Carneiro			
INSTRUMENTAÇÃO valdir		DATA 05-09-17	HORA 15:45h	PRM	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador	1	Equipo pl/ grupo e sangue
	TX. Capnógrafo		Scale
	TX. Bomba de Infusão	4	Luvas Est. pl/ Procedimentos - I
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala		Seringa 5 ml
1	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain		Ataduz de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembital		Atadura Gessada 10cm
	Qualicón		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Áter Sulfúrico
	Fontanil 0.06mg		Dreno Penrose
1	Xilestrein a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
1	Xilocaina a 2%		Esparrapado
1	Etidimidate		Xilocaina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	1	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forans		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha do Formol
	Prostigmim		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Gefatolina 19g <i>Cefazolin</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Pieril <i>Amoxicilina</i>		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 500d VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 pl/ amigdalectomia
	Aguilha de Raquia Descartável <i>Simplex</i>		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

29 JAN 2018



LEITO: _____
REG.: _____

29 JAN 2018



**SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE**

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

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS)

NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE "ESTEVAM MARINHO"

CÓDIGO DA UNIDADE: 000.312-3

CNPJ: 08.778.268/0021-04

END.: RUA JOÃO FERNANDES LIMA

BAIRRO: POMBALZINHO

MUNICIPIO: COREMAS

ESTADO: PARAÍBA

ME-25

CEP: 58.770-000

NOME: Emanuel C. Leite PACIENTE

NAME: 602

PROFISSÃO: Art. de Documentarista

DOCUMENTO 19: 369415

END: CHURCH ST. 12/22/22

HA1RRO:

MUNICIPIO: Chimal

ESTADO:

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2504801

CNS: 2592363

DATA DE NASCIMENTO: 30, 08 52

DATA DO ATENDIMENTO: 13/09/17

CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____

RAÇA/COR: _____ SEXO: M

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

D_x du travail

0	2	0	4	0	3	0	1	7	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

CID - 10: _____

PROFESSIONAL

CEO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO PACIENTE

DU POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

Scanned by CamScanner



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE ESTEVAM

MARINHO_ COREMAS _ PARAÍBA

CNPJ: 08.778.268/0021-04

Paciente: Emanuel Cavalcanti Lopes

Idade: 62 anos

Data do exame: 27/09/17

RADIOGRAFIA DO TÓRAX EM PA

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


Dra. Pâmela Garrido Cavalcanti
Médica Radiologista
CRM/PB 6893

29 JAN 2018



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

LEITO 10 *Amarela*

HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Emanuel Cavalcante

DA CLÍNICA

Ortopedia

ENFERMARIA

Amarela

A CLÍNICA

Ortopedia

LEITO

10

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Risco cirúrgico!

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

*Paciente sem fixação Cardíaca
Nep Comorbididade PA = 130 x 80 mmHg
ECG = Normal
Risco Cirúrgico = Baixo Risco*

29/04/17

DATA

Mauro M. de Franco
Cirurgião / Geriatria
CRM 4890

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

29 JAN 2018

Documentos de identificação



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

IDENTIFICACAO

744778210

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

02861284750

22/04/2018

20/10/1975

02861284750

22/04/2018

20/10/1975

DETRAN - PE - GARAJIBA

25/04/2018

72138606314

98026755862

DETRAN - PE - GARAJIBA

23 JAN 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO

TERMINAL 16 Nº 013136569422

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

013136569422 00/00000000 2017

MARIA CRISTIANE DE S. G. DE AMORIM

055.36.185.988

OFF8522/PB

0028398101R422428

ROTEIRO/NAO APPLIC

ALCO/CASOL

11A/000000000000

2017

00/00/0000

PARTIC

VEHICULO

11A/000000000000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

SEGURO

P.A.G.C.

21/03/2017

ADM DE CONT. PACOT. TRABA. LITUA

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

PB Nº 013136569422

PLACA DE IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DOVE
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA MANEIRA
 AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEU SEGURO

www.segurodove.com.br
 0800 00 00 00

055.36.185.988

OFF8522/PB

013136569422 00/00000000 2017

00/00/0000 00/00/0000

00/00/0000 00/00/0000

00/00/0000 00/00/0000

00/00/0000 00/00/0000

SEGURODORA LUBRI FILIAL

00/00/0000

00/00/0000

001



29 JAN 2018

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180061044 **Cidade:** Coremas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANOEL CAVALCANTI LEITE **Data do acidente:** 27/09/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA MÚLTIPLA DO ÚMERO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO DIREITO EM 1,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 25° E DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO COTOVELO DIREITO GRAU I, DOR CRÔNICA DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 27/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA MÚLTIPLA DO ÚMERO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO ÚMERO COM 2 PLACAS 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 05/10/2017, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 48 HORAS COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA EM HEMI J POR UM PERÍODO DE 60 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO
COMPLICAÇÕES: PACIENTE APRESENTA DOR CRÔNICA DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MSD.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

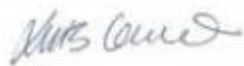
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO L-235



Maria Leidi Jane de Sousa Garrido de Andrade
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.559.086 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/05/2015

NOME MARIA LEIDIJANE DE SOUSA GARRIDO DE ANDRADE

FILIAÇÃO TIBURTINO JOSÉ DE SOUSA MARIA DE LOURDES DE SOUSA

NATURALIDADE COREMAS-PB DATA DE NASCIMENTO 10/02/1982

DDO ORIGEM CERT. CAS. Nº533 - LV.B-AUX-2 - FLS.533 - CARTÓRIO COREMAS-PB

CPF 055.362.854-88

Sua Assinatura
Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

OUTROS



29 JAN 2018