

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,  
**OUTORGANTE:** PERSEU MEDEIROS DANTAS BRASILEIRO CASADO, MONARISTA, RESIDENTE e DOMICILIADO no Sítio Verde, Zona Rural de Taperoá-PB, constituo e nomeio os procuradores:

**OUTORGADO:** MARCELO DANTAS LOPES, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito na OAB – 2PB sob o n.º s com no escritório profissional situado na com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias de Castro, n.º 121, Centro, Taperoá-PB, eletrônico: marcelodladv@gmail.com

**OBJETO:** representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra* para o foro em geral, especialmente para propor AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga à Advogadas acima descritas, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Neste instrumento lido e firmado, entre os contratantes, o outorgante compromete-se a pagar aos outorgados o percentual 30%, a título de honorários advocatícios calculados sobre o valor da condenação (liquidação de sentença ou acordo firmado entre as partes), independente de sucumbência, podendo o juiz a requerimento dos advogados, reter os honorários para o cumprimento deste instrumento, expedido, assim, os RPV's separadamente, um em nome do autor e outro em nome dos patronos.

Taperoá/PB, 30 de Março de 2020

Perseu Medeiros Dantas

OUTORGANTE



24/09/2019

 **Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF** 

Número  
**252.110.304-78**

Nome  
**PERSEU MEDEIROS DANTAS**

Nascimento  
**30/06/1959**

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**90DC.C6AE.C12E.2972**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 11:17:03 do dia 24/09/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



BRILA BARBOSA DE MENDONÇA  
RUA VERDE, S/N - ÁREA RURAL  
DESTERRO / PB CEP: 56995000 (AG: 123)

Ligação: MONOFÁSICO  
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Rotômetro: 5 - 139 - 561 - 1275  
Medidor: 00008362970  
Referência: Ago / 2019  
Emissão: 09/08/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Bd 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
CNPJ 08.066.182/0001-40 - Insc. Est. 16.015.822-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 029.276.484  
Cód. para Dab. Automático: 00014082706

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196  
Conta referente a: Apresentação: 09/08/2019  
Data prevista para próxima leitura: 10/09/2019

CPF: CNPJ: KAN  
066.261.034-62  
Insc. Est.

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002. Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: [saude.gov.br/vacinacrasil](http://saude.gov.br/vacinacrasil)

Data		Leitura	Data	Leitura	CC	Descrição	Quantidade	Valor Base C&C	Alig.	ICMS (R\$)	Base Calc.	Pot (R\$)	Consumo (R\$)	
10/07/19		9819	09/08/19		9732									
Demonstrativo														
Tributos Totais (R\$)														
								9,83	8,63	27	2,33	9,83	0,03	0,43
								34,54	34,54	27	9,32	31,54	0,37	1,72
								9,82	9,82	27	2,60	9,82	0,10	0,48
								1,00	1,00	27	0,27	1,00	0,01	0,05
								1,13	1,13	27	0,30	1,13	0,01	0,05
								41,81	41,81	27	11,29	41,81	0,48	2,29
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS														
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PUELOCA								18,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0904 JUROS DE MORA 07/2019								0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905 MULTA 07/2019								1,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0909 BÔNUS ITAIPU LEI 10439/2002 07/2019								-1,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0808 Devolução do Subsídio								-27,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item  
Tarifa s/ Tributos Até 30kWh 0,182850

16/08/2019 R\$ 88,14

RESERVADO AO FISCO  
b371.3da6.ef7d.c6ac.6500.a609.f17e.293b.

Indicadores	Quilômetros	Porcentagem	Limite de Consumo (kWh)
DIC MENSAL	12,35	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	24,71	0,00	CONTRATADA
DIC ANUAL	49,42	0,00	LIMITE INFERIOR
FIC MENSAL	7,74	0,00	LIMITE SUPERIOR
FIC TRIMESTRAL	15,48	0,00	
FIC ANUAL	30,96	0,00	
DMC	8,78	0,00	
DICRI	16,80	0,00	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	12,13	13,65
Compra de Energia	19,90	22,18
Serviço de Transmissão	1,30	2,13
Encargos Setoriais	2,88	3,22
Impostos Diretos e Encargos	52,57	59,84
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	88,34	100,00

Valor do EUSD (Ref. 6/2018) R\$ 19,04



## CERTIDÃO

**CERTIFICO**, em razão do meu Cargo, e a verbal de pessoa interessada, que revendo o livro destinado ao registro de Ocorrências Policiais desta Delegacia de Polícia, constatei às Fls. **201** a Ocorrência Nº. **199/2019**, cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos vinte e quatro dias do mês de setembro do ano de **DOIS MIL E DEZENOVE**, nesta cidade de **TAPEROÁ-PB**, Estado da Paraíba, e na Delegacia deste município, e sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil, Dr. Ariosvaldo Adelino de Melo, quando por volta das 10h40min Horas, compareceu o (a) Sr (a). **PERSEU MEDEIROS DANTAS**, CPF: **252.110.304-78**, RG **589.181 SSP/PB**, brasileiro, casado, natural de Teixeira/PB, nascido em 30/06/1959, com 60 anos de idade, Motorista, ensino Fundamental Incompleto, filho de Rubem Dantas Correia de Gois e de Maria Eracy Medeiros Dantas, residente no sítio Verde, Desterro/PB, tel: (83) 98892-8231. Aonde veio até esta Delegacia de Polícia, **NOTIFICAR QUE**: informa o noticiante de que no dia 25/06/2019, por volta das 15h00min, estava pilotando a motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, placa NQE 8829/PB, ano/mod 2010/2010, chassi 9C2JC4110R703227, RENAVAN 0025360152-5, de propriedade da senhora Maria da Cruz Barbosa, quando passando de frente ao Matadouro da cidade de Desterro/PB, sofreu um acidente; QUE, o noticiante diz que perdeu o controle da moto após um carro que passava colidir com a moto em que pilotava, não sabendo até o presente quem dirigia o carro; QUE, nesse acidente o mesmo diz ter sofrido fratura no pulso esquerdo e Clavícula direita, onde apresenta Ficha de Atendimento Médico Ambulatorial; QUE, informa ainda de que foi socorrido por uma ambulância do Município de Desterro/PB, e levado até o hospital Regional de Patos/PB, ficando internado por 10 dias e onde passou por procedimento cirúrgico. E nada mais havendo a consignar, encerro a presente certidão, a referida é verdade e dou fé. Eu, Gilliard Guimarães Ferreira, Agente de Polícia Civil, que a digitei.

**TERMO DE RESPONSABILIDADE:** Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal referente ao registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299 do C.P.B.).

*Perseu Medeiros Dantas*

**Comunicante**

*Gilliard Guimarães Ferreira*

**Escrivão de Polícia Civil**

Taperoá – PB, 24 de Setembro de 2019.





## CERTIDÃO

Venho por meio deste, a pedido de pessoa interessada, certificar que eu **MARIA DA CRUZ BARBOSA**, portadora do Cadastro de Pessoa Física (CPF): 276.083.794-72, sou proprietária da moto HONDA/CG 125 FAN KS, placa: NQE 8829/PB, ano 2010, espécie tipo (PAS/MOTOCICLE/NÃO APLIC), com a seguinte numeração do código RENAVAM: 0025360152-5 e CHASSI: 9C2JC4110AR703227, conforme documentação em anexo a este.

Outrossim, certifico que quaisquer informações com relação este bem móvel, estamos a inteira disposição.

**A expressão supracitada é a verdade.**

Desterro/PB, 26 de Agosto de 2019.

x *Maria da Cruz Barbosa*  
**MARIA DA CRUZ BARBOSA**  
**DECLARANTE**



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **MARCELO MENEZES DANTAS**  
 Nº do Documento **25106139** Nº da Vítima **252110304-78**  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
 Cópia em nome do portador ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É:  
 EMPREENHEIRO DO PORTADOR **SIN** **Verde**  
 Nº **SIN** COMPLEMENTO **SIN** BAIRRO **Zona Ruem**  
 CIDADE **Desferre** UF **PA** CEP **58695005**  
 E-MAIL **marcelo@advocacia.com** TELEFONE **(83) 93640-9237**  
 Com

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ IMPOSSIBILIDADE DO PRESENCIAL OU LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELO MÉDICO E RELACIONADO AO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA RESOLUÇÃO DEFINITIVA  
☒ LAUDO DE ALCANCE HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 027 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE **589184 SSP/PB**  
 ASSINATURA **Marcelo Menezes Dantas**

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria da Cruz Barbosa,

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 276083794-72, com

domicílio na cidade de DESTERRO, no Estado de

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

Sírio Verde, Zona Rural de Desterro/PB, nº SIN,

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

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

vítima PERSEU MEDEIROS DANTAS, cujo o condutor era

PERSEU MEDEIROS DANTAS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA, CG 250 FAN KS

Ano: 2010

Placa: NQE 88291PB

Chassi: 9C2JC4110AR7D3227

Data do Acidente: 25/06/18

Local e Data: DESTERRO/PB, r

X \_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

X Perseu Medeiros Dantas

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



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

*PERSEI MEDEIROS DANTAS*

CPF da Vítima

*252 110304-78*

Data do Acidente

*25/06/19*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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.

*Perseu Medeiros Dantas* de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

*Perseu Medeiros Dantas*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI:001 V001/2017





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

252 110 304-78

Nome completo da vítima

PERSEU MEDEIROS DANTAS

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>PERSEU MEDEIROS DANTAS</b>		CPF titular da conta	Profissão <b>MOTORISTA</b>
Endereço <b>Sítio Verde</b>		Número <b>SIN</b>	Complemento <b>SITIO</b>
Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Cidade <b>DESTERRO</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58695000</b>
Email <b>marcelo.dantas@gmail.com</b>			Telefone (DDD) <b>(83) 9940-4118</b>

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**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome <b>BRADESCO</b> NRO. <b>0305686</b> AGÊNCIA NRO. <b>1563</b> D/V <b>6</b> D/V <b>2</b> (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. <b>1563</b> D/V <b>6</b> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <b>0305686</b> D/V <b>2</b> (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.

DESTERRO / PB de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

Perseu Medeiros Dantas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcelo Medeiros Dantas

RG nº 589 381, data de expedição 15/08/78, Órgão SSIPB

CPF nº 252 110 304-78, 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>Sino Verde</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>Sino</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Desterro</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58695 000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99640-4118</u>
E-mail	<u>marcelodantas@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Desterro / PB,

Assinatura do Declarante: Marcelo Medeiros Dantas





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, 05 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190593037**

**Vítima: PERSEU MEDEIROS DANTAS**

**Data do Acidente: 25/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PERSEU MEDEIROS DANTAS**

Informamos que o pagamento da indenização do 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 completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **PERSEU MEDEIROS DANTAS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000001563-6**

Conta: **000000301686-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.

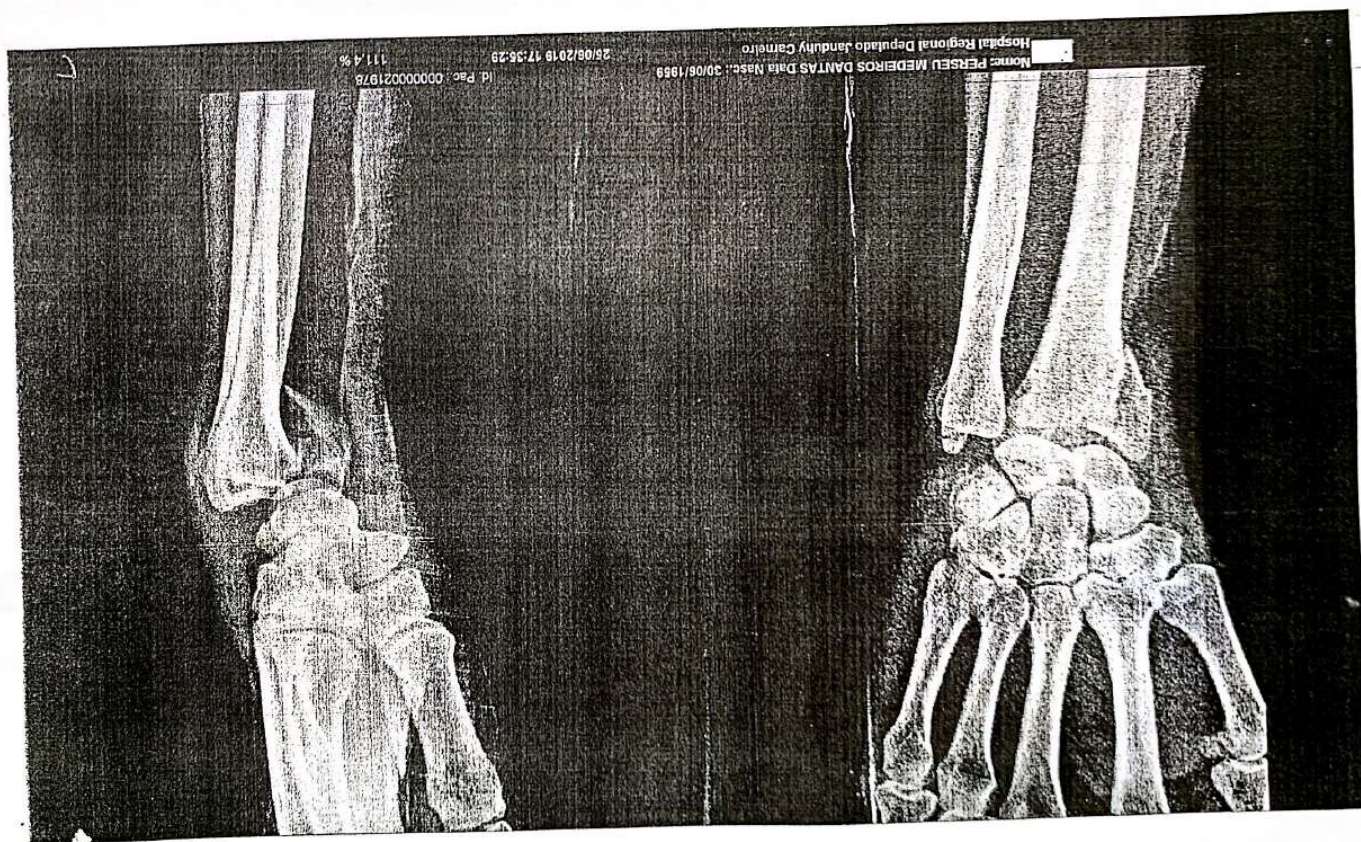
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

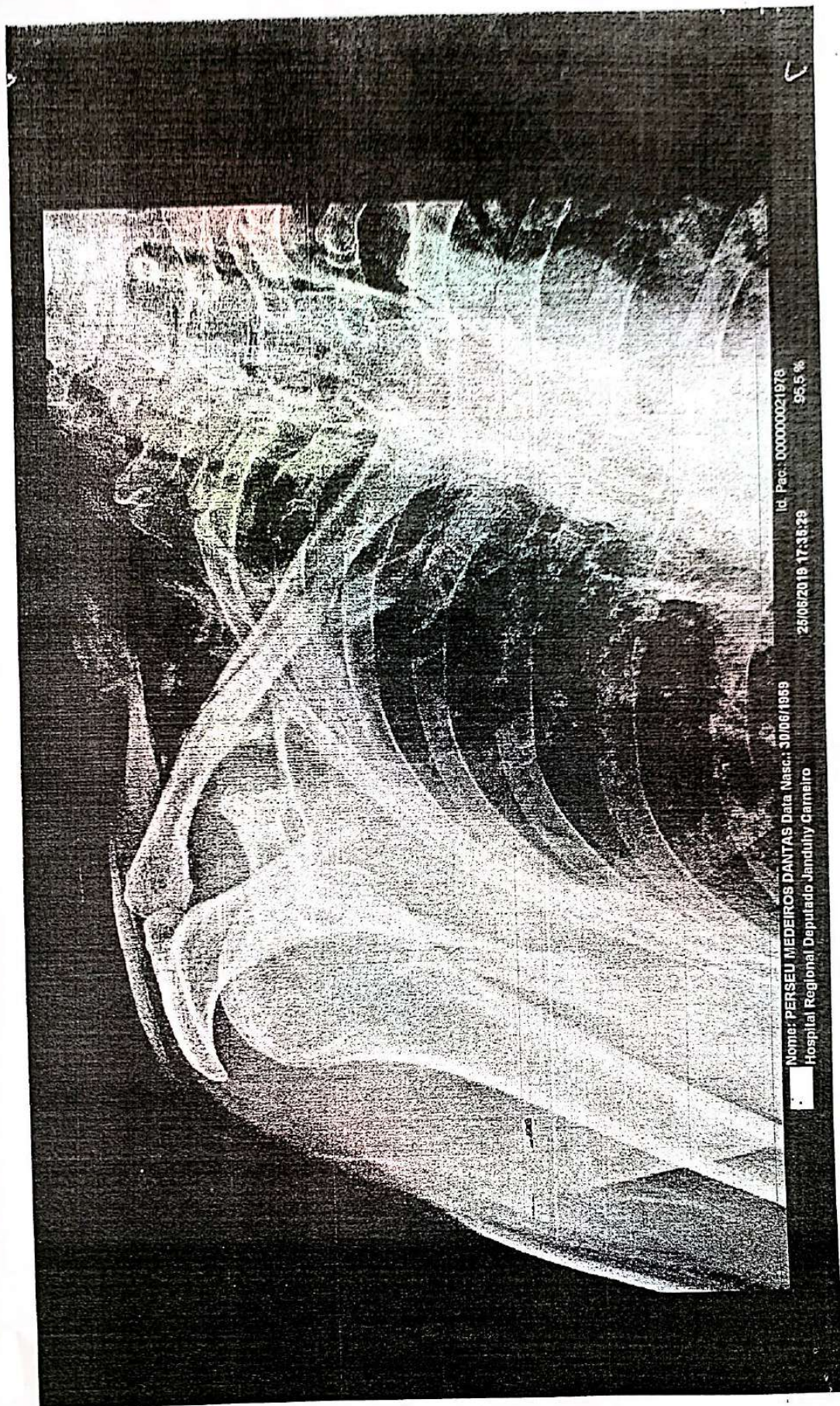




Scanned with CamScanner







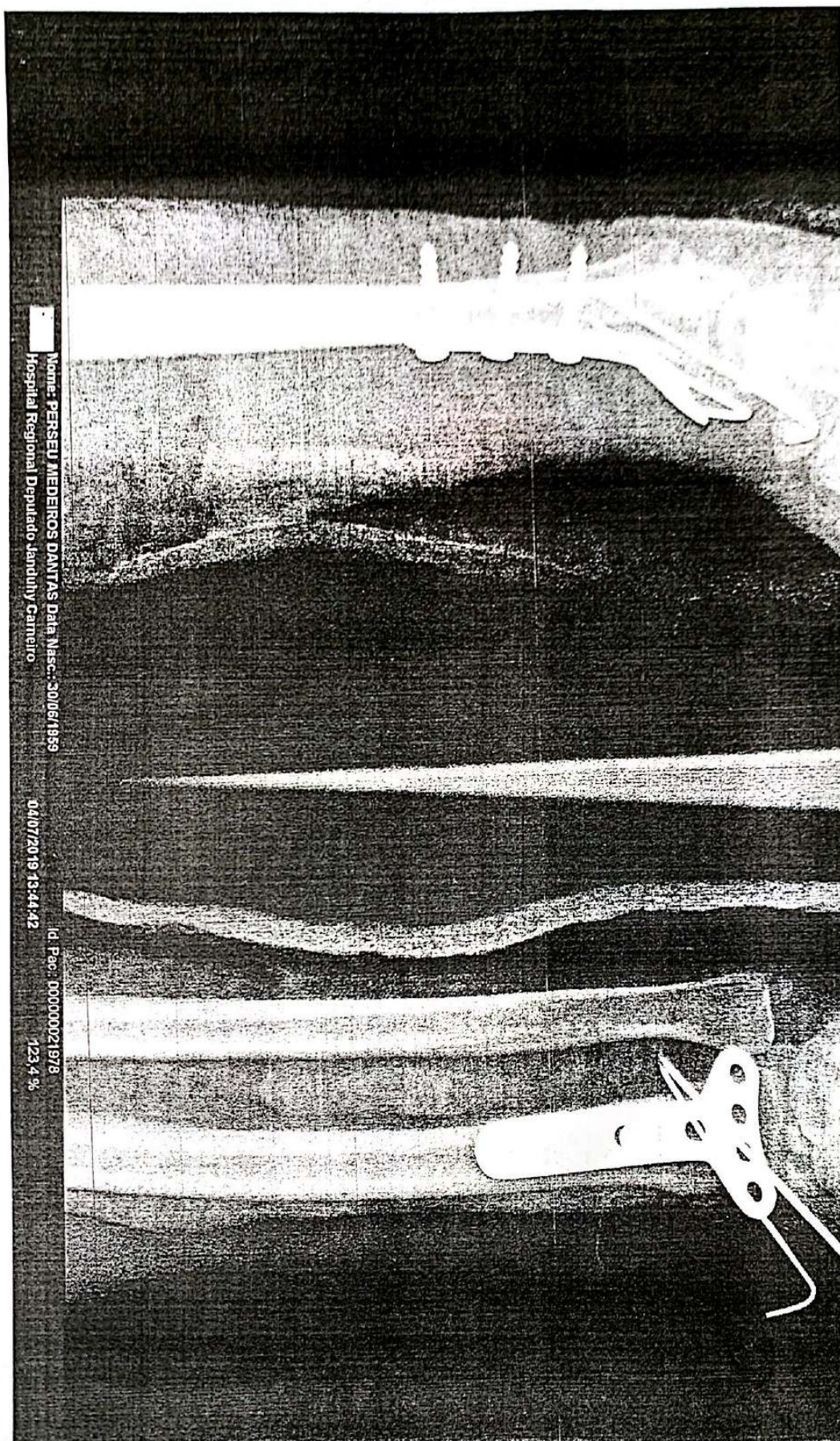
Id. Pac: 000000021978  
25/06/2019 17:35:28  
95,5 %

Nome: PERSEU MEDEIROS DANTAS Data Nasc: 30/06/1969  
Hospital Regional Deputado Jandulhy Carneiro

Scanned with CamScanner







Nome: PERSEU MEDEIROS DANTAS Data Nasc.: 30/06/1959  
Hospital Regional Deputado Jandunhy Carneiro

04/07/2019 13:44:42

Id. Pac: 00000021978  
123,4 %

Scanned with CamScanner



FICHA DE INTERNAÇÃO

061604

INTERNAÇÃO	50039	PRONTUÁRIO	27306
DATA	25/06/2019	HORA	21:07
OCCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	MCARMO
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	USF OUTRA CIDADE		
MÉDICO	MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLISTA		
PACIENTE	PERSEU MEDEIROS DANTAS	IDADE	59a 11m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA ERACY MEDEIROS DANTAS		
FILIAÇÃO II	RUBEM DANTAS CUNHEIRA DE SOIS		
CIDADE	DESTERRO	PB	58695000
ENDEREÇO	STIO VERDE		
TIPO	ZONA RURAL		
TEL. LOCAL	TEIXEIRA	CELULAR	83988928231
C.N.S.	898004187705661	IDENTIFICAÇÃO	589181
C.P.F.	252.110.304-78	REG. NAC.	
NASCIMENTO	30/06/1959	COR	PARDO
EST. CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	MOTORISTA

RESPONSÁVEL GABRIELA BARBOSA Ass. Resp./Paciente MARCELO DANTAS LOPES

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

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

EXAMES COMPLEMENTARES (Raios X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

DADOS DA SAÍDA

Data 04/07/19

Hora 02 H 07 Min

MOTIVO

( ) Alta Curado ( ) Alta Melhorado ( ) Alta a Pedido  
( ) Transferência ( ) Evasão ( ) Óbito

MÉDICO/CRM

Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 15/04/2020 18:23:53



Nome do Paciente: Ferreira, Paulo Roberto N° Prontuário: 123456  
Data da Cirurgia: 02/07/19 Enf.: Dr. João  
Cirurgião: Dr. Marcelo 1° Auxiliar: Dr. João  
2° Auxiliar: Dr. João 3° Auxiliar: Dr. João  
Anestesia: Dr. João Tipo de Anestesia: Bloco  
Diagnóstico Pré-Operatório: Infarto de Miocárdio

de Cirurgia:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente Durante a Cirurgia:

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA


1) Incisão em "J" na região abdominal superior.  
2) Abertura da cavidade peritoneal.  
3) Identificação dos vasos e estruturas anatômicas.  
4) Realização da sutura com fio A-5 +  
fio 3-5.

### RELATÓRIO DE CIRURGIA

1) Sutura com fio







PACIENTE: <u>Pessoa Mediana Mentes</u>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPARTAMENTO CAPSOM
QT.: <u>16</u>	LEITO: <u>04</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>59a</u>	REGISTRO: <u>27306</u>	
CIRURGIÃO: <u>Procurador do Zinho (E)</u>		CIRURGIÃO: <u>Marcelo</u>			
ANESTESIA: <u>Halotano + Sedação</u>		ANESTESISTA: <u>Tauis</u>			
INSTRUMENTADORA: <u>forçadame</u>		DATA: <u>02/07/19</u>	INÍCIO: <u>16:10</u>	FIM:	

### NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ <u>soro</u> e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/>	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodos desc.
	Neocain	1	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
1	Xilocaína a 2%	<input checked="" type="checkbox"/>	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
<input checked="" type="checkbox"/>	Ketalar	<input checked="" type="checkbox"/>	Álcool 70%
1	Pubicovaina 0,5%	<input checked="" type="checkbox"/>	PVPI Tintura
	Dimorf	<input checked="" type="checkbox"/>	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	<input type="checkbox"/>	Agulha Descartável
1	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plasil <u>Dexametazona</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirone		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbate 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	1	<u>nylon 3.0</u>



PACIENTE: <u>Perseu Nogueira Dantas</u>					 <b>COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL</b> DR. WILSON CARNEIRO  <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>
QT.: <u>2-2</u>	LEITO: <u>1606</u>	CONVENIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>59 anos</u>	REGISTRO: <u>27306</u>	
CIRURGIÃO: <u>Roberto de Azevedo Jr.</u>			CIRURGIÃO: <u>Dr. Wavron</u>		
ANESTESIA: <u>Sedocase</u>			ANESTESISTA: <u>Dr. Augusto Marinho</u>		
INSTRUMENTADORA: <u>-</u>		DATA: <u>27.06.19</u>	INÍCIO: <u>16:30</u>	FIM: <u>-</u>	

### NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp <u>Soro FS</u>
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
1	<u>Insol. Propofol</u>		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan		Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Eparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 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		





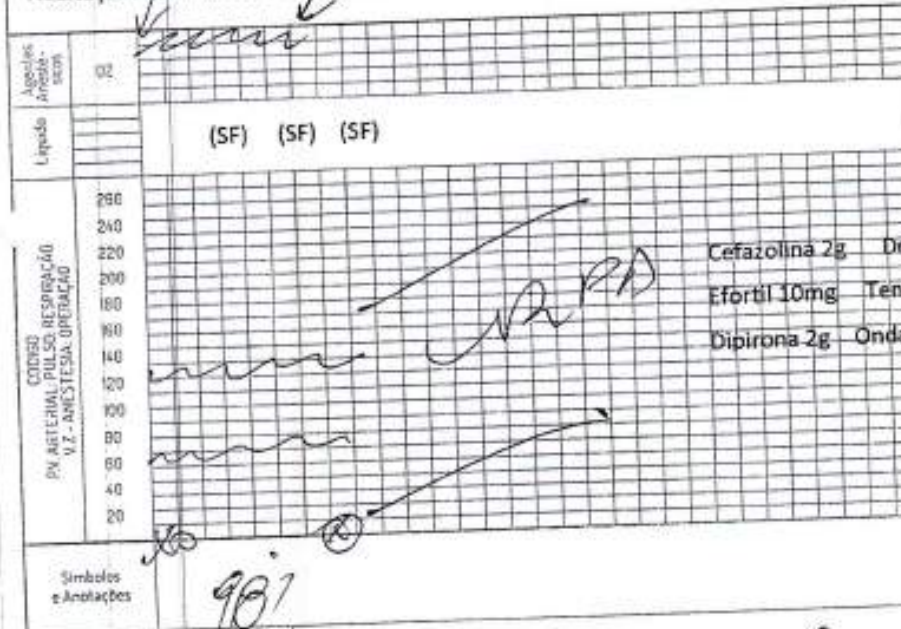
# FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_  
Leito: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ Data: 02/07/19

Nome: Perso Medeiros Dantas  
Sexo: ( ) Feminino ☒ Masculino Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_  
Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pressão Arterial Pulso: \_\_\_\_\_ Respiração: \_\_\_\_\_  
Temperatura: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Hemáticas: \_\_\_\_\_ Hemoglobina: \_\_\_\_\_  
Hematócrito: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Uréia: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
Urina: \_\_\_\_\_  
Aparelho Respiratório: \_\_\_\_\_ Asma: \_\_\_\_\_ Bronquite: \_\_\_\_\_  
Aparelho Circulatório: \_\_\_\_\_ Eletrocardiograma: \_\_\_\_\_

**VER PRONTUÁRIO**

Aparelho Digestivo: JEJUM OK Dentes: \_\_\_\_\_ Pecoço: \_\_\_\_\_ Ap. Urinário: \_\_\_\_\_  
Estado Mental: CONSCIENTE Ataraxicos: \_\_\_\_\_ Corticoides: \_\_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_\_ Hipotensores: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Pré Operatório: Frustrado Estado Físico: \_\_\_\_\_ Risco: \_\_\_\_\_  
Anestesia Anteriores: MIDAZOLAM 3MG  
Medicação Pré-Anestésica: \_\_\_\_\_ Aplicada às: \_\_\_\_\_ Efeito: \_\_\_\_\_



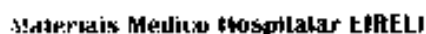
**INDUÇÃO**  
Satisf. \_\_\_\_\_ Excit. \_\_\_\_\_ Tosse \_\_\_\_\_  
Laringo Espasmo \_\_\_\_\_ Lenta \_\_\_\_\_  
Náuseas \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_  
Outros \_\_\_\_\_

**MANUTENÇÃO**  
Cefazolina 2g Dexamet. 8mg  
Anestesia Satisf. Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_  
Efortil 10mg Tenoxicam 20mg  
Não, porque? \_\_\_\_\_  
Dipirona 2g Ondasetrona 8mg

**DESPERTAR**  
Reflexos na S0 \_\_\_\_\_  
Obstr. \_\_\_\_\_ CO2 \_\_\_\_\_ Excit. \_\_\_\_\_  
Náuseas \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_  
Outros \_\_\_\_\_  
Com cânula para o leito sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

Posição: BUPIVACAÍNA 0,25% + LIDOCAÍNA 1% → 60uf Cânula: \_\_\_\_\_  
Agentes: \_\_\_\_\_  
Técnica: BLOQUEIO DE PLAXO BRAQUIAL: INTERESCALENICO + AXILAR Operação: \_\_\_\_\_  
Cirurgiões: Dr. Marcelo Anestesistas: Dr. Távio Leal  
Observações: \_\_\_\_\_ CRM 5774





## PEDIDO DE VENDAS

Nº

☐ Caixa Prensão  
☐ Caixa Fixa

[illegible]

COND DE PIGMENTO

TOTAL

CONF.: (SL) 3129-2456

F.-mail: cromos1410@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial



### RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 50039  
DATA 25/06/2019 HORA 21:07  
MÉDICO MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM

PRONTUÁRIO 27386  
OPERADOR MCARMO

PACIENTE PERSEU MEDEIROS DANTAS

IDADE 59a 11m

#### RESUMO CLÍNICO:

#### DIAGNÓSTICO:

CID-10:

#### PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

#### EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

#### ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

DESTINO ( ) Residência ( ) Atendimento domiciliar

( ) Transferência para

PATOS/PB, DE DE 20.

MÉDICO/CRM



## REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: POSSIV MGD - ROS

Da Clínica:

Enfermaria:

A Clínica:

Leito:

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Data: 27/06/19

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

59 anos.  
Ppt - OP fratura M5E / clavícula  
DMP - NON  
M60 - NON  
Auerha @  
ACV. RAR 21 seu sopros  
ECG - NON  
Conclusões: Baixo risco

Data:

27/06/19

Assinatura do Médico Especialista



1604

FRONT... 21306 N°REQUIS.: 13591  
PACIENTE: FERREI MEDEIROS DANTAS

EMISSION.: 27/06/2019  
SEXO: M IDADE..... 59

#### COAGULOGRAMA

Material: SORO  
Método: AUTOMATICO

#### TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:  
T.P. Paciente... 13 seg.  
T.P. Controle... seg.  
Atividade... 62,3 %  
Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 a 15,0 seg.  
A. Enzimático: 70 a 100%.

#### INR

Resultado: 1,36  
Valores de Referência:  
1 sem Anticoagulante: 0,8 - 1,2  
1 uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

#### TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:  
T.T.P.A. Paciente... 37 seg.  
T.T.P.A. Controle... seg.  
Valores de Referência:  
TAP Paciente... 26 a 35 seg.



TRABALHO  
CRIS VERDELHA  
SERIE BRANCA  
SERIE PLUMBERIA

CELL COUNT	UNIT	REFERENCE RANGE	TEST RESULT	UNIT	CELL COUNT	UNIT	REFERENCE RANGE
1000	/mm <sup>3</sup>	NORMAL	1110	%	10		MONOCYTES
1000	/mm <sup>3</sup>	NORMAL	1998	%	16		LYMPHOCYTES
1000	/mm <sup>3</sup>	NORMAL	0000	%	000		EOSINOPHILS
1000	/mm <sup>3</sup>	NORMAL	0333	%	03		SEGMENTED
1000	/mm <sup>3</sup>	NORMAL	7659	%	69		BASOPHILES
1000	/mm <sup>3</sup>	NORMAL	0000	%	000		PLATELETS
1000	/mm <sup>3</sup>	NORMAL	0000	%	000		RETICULOCYTES
1000	/mm <sup>3</sup>	NORMAL	0000	%	000		WBCS
1000	/mm <sup>3</sup>	NORMAL	0000	%	000		NEUTROPHILS

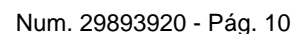
	FL	IN	HCM	RDM
NORMAL	91.8	29.7	32.3	14.5
TENSION	90.6	26.8	30.9	13.5
NORMAL	91.8	29.7	32.3	14.5
TENSION	90.6	26.8	30.9	13.5

NEWBORNS ..... 19-7 4/47  
FEMININE ..... 12 4 16  
WASCOING 19-5 = 19-5

HINDICRYA, COMPLETE  
 SAMPLE  
 NISON KOLEEN  
 VALUE OF REFERENCE

PACIENTE: PABLO NEDEIROS SANTOS  
Nº REGISTRO: 19591  
ENDEREÇO: 21206  
EMISSÃO: 27/04/2015  
SINOPSE: M TDCB: 58

16197







GLICOSE		PACIENTE: MARCELO DANTAS LOPES	
MATERIAL: SORO		Nº REGISTRO: 13591	
Método: AUTOMATIZADO		EMISSÃO: 27/04/2020	
RESULTADO: 126		SPX: M	
TP/dia: 08		VALOR: 126	



## CUTAS OBSERVAÇÕES

SÉRIE VERMELHA  
SÉRIE BRANCA  
SÉRIE PLÁQUETAS

## CONTAGEM DE PLÁQUETAS

CONTAGEM DE PLÁQUETAS: 226.000 x10<sup>9</sup>/mm<sup>3</sup> NORMAL 150.000 a 450.000

PLAQUETAS	226.000	x10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	NORMAL	150.000 a 450.000
MONOCITOS	08	%	NORMAL	2 a 8
LINFÓCITOS	10	%	NORMAL	20 a 40
NEÚTRÓFILOS	01	%	NORMAL	0 a 1
ESQUINÓFILOS	01	%	NORMAL	0 a 1
ESQUINÓFILOS	79	%	NORMAL	35 a 65
BASTONETES	01	%	NORMAL	0 a 5
RETÍCULÓCITOS	000	%	NORMAL	0 a 0
MITÓCITOS	000	%	NORMAL	0 a 0
PROMITÓCITOS	000	%	NORMAL	0 a 0

## LEUCÓCITOS

LEUCÓCITOS: 15.300 /mm<sup>3</sup> NORMAL 4.000 a 10.000

VCM	91,8	fL	NORMAL	80 a 100
HCH	30,0	pg	NORMAL	26 a 34
HCH	32,7	g/dL	NORMAL	31 a 35
RDW	14,5	%	NORMAL	11 a 15

## HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 43,4 % FEMININO 35 a 46

## HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL FEMININO 12 a 16

## HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 43,4 % FEMININO 35 a 46

## HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL FEMININO 12 a 16

## HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 43,4 % FEMININO 35 a 46

## HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL FEMININO 12 a 16

## HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 43,4 % FEMININO 35 a 46

## HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL FEMININO 12 a 16

## HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 43,4 % FEMININO 35 a 46

## HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL FEMININO 12 a 16

## HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 43,4 % FEMININO 35 a 46

## HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL FEMININO 12 a 16

## HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 43,4 % FEMININO 35 a 46

## HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL FEMININO 12 a 16

## HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 43,4 % FEMININO 35 a 46

## HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL FEMININO 12 a 16

## HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 43,4 % FEMININO 35 a 46

## HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL FEMININO 12 a 16

## HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 43,4 % FEMININO 35 a 46

## HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL FEMININO 12 a 16

## HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 43,4 % FEMININO 35 a 46

## HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL FEMININO 12 a 16

## HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 43,4 % FEMININO 35 a 46

## HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL FEMININO 12 a 16

PROTESTA: 27306 N° REGISTRO: 13540 EMISSÃO: 26/06/2019 SEXO: M IDADE: 59

PACIENTE: FERNES MESTRAS DANTAS

ENDEREÇO: RUA DE ABRIL 1000 - JARDIM CARNEIRO

CIDADE: SÃO PAULO - SP

UF: SP

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: MARCELO DANTAS LOPES - 15/04/2020 18:23:53

URL: http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041518235333000000028752157

NÚMERO DO DOCUMENTO: 20041518235333000000028752157

DATA DE EMISSÃO: 15/04/2020 18:23:53

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: MARCELO DANTAS LOPES - 15/04/2020 18:23:53

URL: http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041518235333000000028752157

NÚMERO DO DOCUMENTO: 20041518235333000000028752157





<b>RESULTADO</b> mg/dL ..... 141	
<b>REFERÊNCIAS</b> NORMAL: 70 A 100 ALTERADO: INVESTIGAR 100 A 125 SUGESTÃO DIABETES > 126	<b>GLICOSE</b> Material: 8080 Método: AUTOMATIZADO
EMISSÃO: 26/06/2019 SEXO: M IDADE: 59	Nº REGISTRO: 13340 PACIENTE: MARCELO DANTAS LOPES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	

REGULADOR DE PLANTAS  
JANUARY CARNEIRO

SEU GOVERNO  
SEU DOUTOR

INSTITUTO  
DE DIAGNÓSTICO

SEU LUGAR

FRONT... 2/338  
PACIENTE: PERSEU NEDEIROS DANTAS

Nº REQUIS.: 13540

EMISSION.: 26/06/2019  
SEXO: M

IDADE....: 50

CC 1604

#### COAGULOGRAMA

Material: SORO

Método: AUTOMÁTICO

#### TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:

T.P. Paciente.....: 12 seg.

T.P. Controle.....: 92.1 seg.

Atividade.....: 92.1 %

Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.

A Enzimática: 70 a 100%.

#### INR

Resultado.....: 1,05

Valores de Referência:

sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2

em uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

#### TRONBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:

T.T.P.A. Paciente.....: 38 seg.

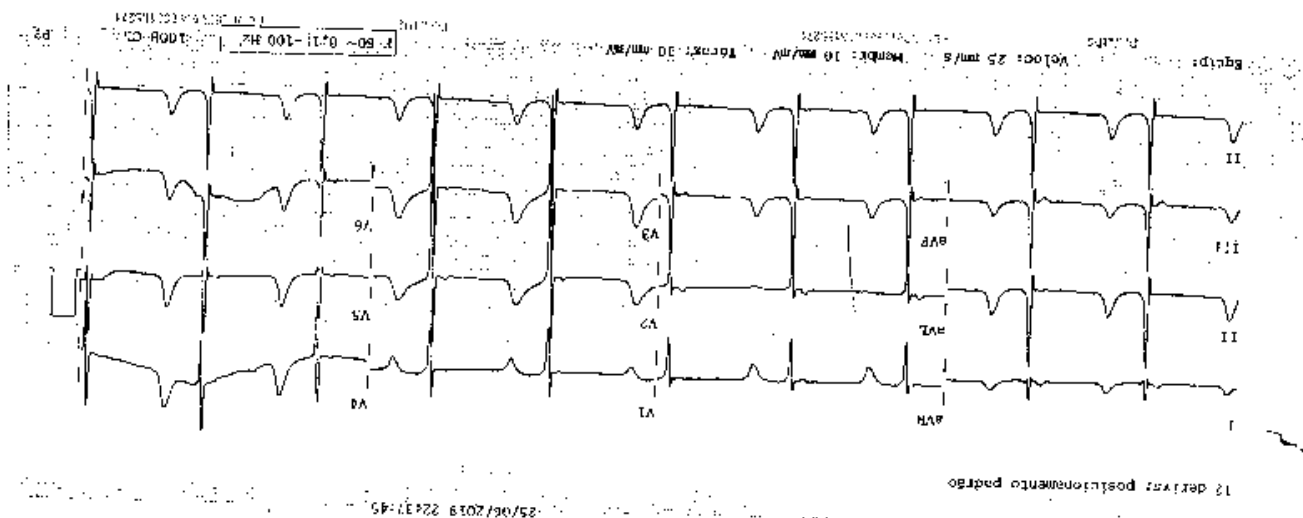
T.T.P.A. Controle.....: seg.

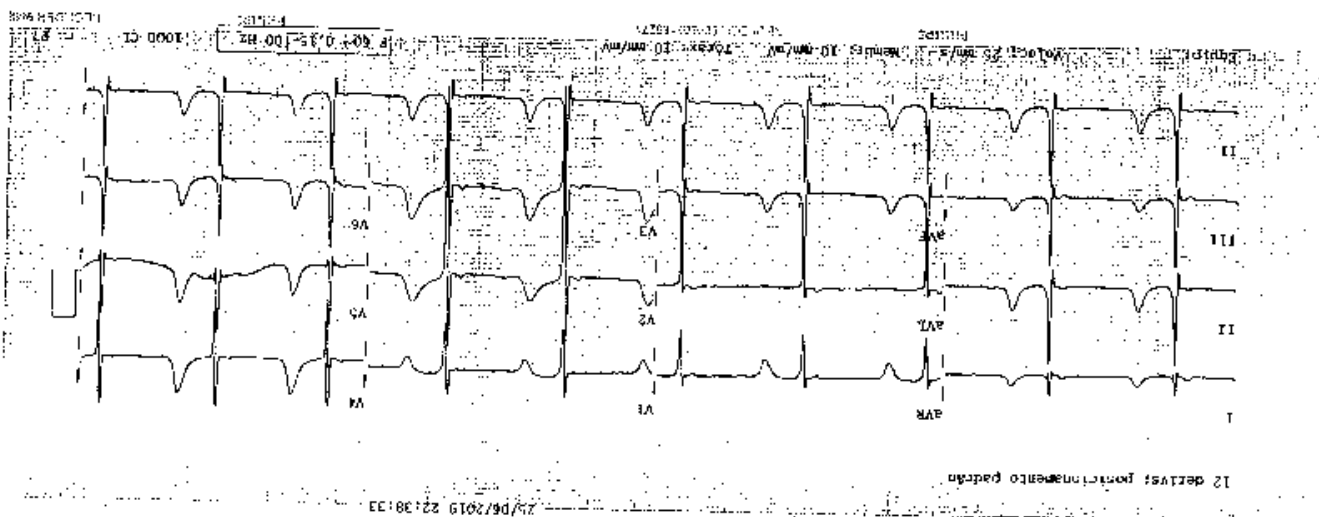
Valores de Referência: .....: 26 a 36 seg.

TAP Paciente.....

Lucas A. Silva  
CRBM-9027







X O P E T



## DESPACHO

Vistos *etc.*

Defiro a gratuidade judiciária requerida (art. 98 e seguintes, NCPC), 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, NCPC).

Observando-se que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, mas, mesmo tendo a parte autora manifestado seu interesse na composição consensual, verifica-se que eventual conciliação só seria obtida após a produção da prova técnico-pericial, afigurando-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, ineficiente (art. 37, *caput*, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF)) a designação exclusiva de **audiência de conciliação**, quando já se anuncia infrutífera sua realização. Nada impede, entretanto, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como **fase preliminar da própria audiência de instrução (art. 359, NCPC)**, motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio* conciliadora da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, NCPC).

Cite-se a parte acionada para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, contados na forma do art. 231, NCPC, devendo constar ainda do mandado ou carta, além dos requisitos do art. 250, NCPC, a ressalva do art. 344, NCPC, no sentido de que, “*se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor*”.

Cumpra-se.

Teixeira/PB, data e assinatura digitais.

**Carlos Gustavo Guimarães Albergaria Barreto**

**Juiz de Direito**

