

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,  
**OUTORGANTE: PERSEU MEDEIROS DANTAS CRASILEIRO**  
~~CASADO MONARCA, RESIDE NO RÉ, E DOMICILIA-  
DO NO SITIO VERDE, ZONA RURAL DE TAPEROÁ/PB~~  
, constituio e nomeio os procuradores:

**OUTORGADO: MARCELO DANTAS LOPES**, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito na OAB – 2PB sob o n.º 8 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.

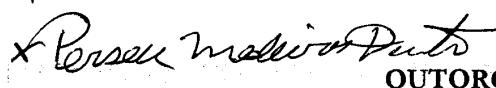
**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra* para o foro em geral, especialmente para propor

~~ACAS DE PROCURAÇÃO NO JURADO~~  
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 estabelecer 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

  
**OUTORGANTE**





ABRIELA BARBOSA DE MENDONCA  
LT VERDE SIN- AREA RURAL  
DESTERRO/PB CEP: 58895000 (AG: 123)

Local: MONOFASICO  
Cts/Soc: RES MTC B1/ RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Rota 5 - 139 - 561 - 1275  
Medidor: 00008392970  
Referencia: Ago/2019  
Emissao: 09/08/2019

energisa  
Br-230, Km-25, Custo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-080  
CNPJ 03.095.182/0001-40 insc. Ed. 16.015.822-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°029.276.484  
Cód. para Dáb. Automatizada: 00014982706

Atendendo ao cliente ENERGISA, 0800 088 0796, acesse: www.energisa.com.br

Confirme a data

Ago / 2019

09/08/2019

Data de pagamento

10/09/2019

CPF/CNPJ/RCM

086.261.034-62

insc. Est.

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei  
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
saudade.gov.br/vacinabrasil

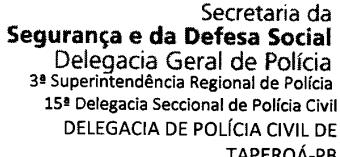
Item	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	ICMS	ICMS/RD	ICMS	Per/Cofre(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS(R\$)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,267899	8,83	8,83	27	2,33	8,83	0,03	0,43
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,493540	34,54	34,54	27	9,32	34,54	0,37	1,72
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	13,000	0,740300	9,82	9,82	27	2,60	9,82	0,10	0,48
0801	Adic. B. Amarela			1,00	1,00	27	0,27	1,00	0,01	0,05
0801	Adic B. Vermelha			1,13	1,13	27	0,30	1,13	0,01	0,05
0810	Subsídio			41,81	41,81	27	11,28	41,81	0,48	2,09
0807	CONTRIBUICAO ILUM PUEBLA			18,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0891	JUROS DE MORA 07/2019			0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 07/2019			1,41	0,00	0	0,30	0,00	0,00	0,00
0899	BÔNUS ITAIPU LEI 0459/2002 07/2018			-1,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio			-27,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
LANCAMENTOS E SERVIÇOS										
0801	CONTRIBUICAO ILUM PUEBLA			18,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0891	JUROS DE MORA 07/2019			0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 07/2019			1,41	0,00	0	0,30	0,00	0,00	0,00
0899	BÔNUS ITAIPU LEI 0459/2002 07/2018			-1,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio			-27,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL										
	CC: Código de Classificação do Item			86,14	96,73	26,11	96,73	1,04	4,83	
	Tarifa e/ou Tributos: Até 30kWh 0,192950 Até 100kWh 0,330280 Até 220kWh 0,495420									
130	131	118	122	111	117	114	135	122	121	117
Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Feb/19	Mar/19	Abr/19	May/19	Jun/19
										Jul/19

RESERVADO AO FISCO

b371.3da6.ef7d.c6ac.6500.a609.f17e.293b.

Indicadores de Operação da Energia Elétrica	
DIC MENSAL	12,95
DIC TRIMESTRAL	24,55
DIC ANUAL	48,43
FIC MENSAL	7,74
FIC TRIMESTRAL	15,49
FIC ANUAL	30,98
DIGR	16,80
NOMINAL	0,00
CONTRATADA	220
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/28	12,19	19,65
Compra de Energia	19,90	32,10
Serviços de Transmissão	1,30	2,13
Encargos Setoriais	2,89	4,52
Impostos Diretos e Encargos	52,57	83,22
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>89,34</b>	<b>100,00</b>
Valor do EU/SD (Ref. 6/2018) R\$ 19,04		



# GOVERNO DA PARAÍBA



## 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 <sup>(a)</sup> **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 Policia, **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 ate 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 ate 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.).

Person making Party

### Comunicante

Gilliard, ~~et al.~~ 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**



Seguradora Lider - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA **PERSEU MEDEIROS DANTAS**  
ID. FED. VÍTIMA 25106159 RE. DA VÍTIMA 252110304-78  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
QUAIS OS DADOS DO PORTADOR  FIMI  
É REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM  
A VÍTIMA  
ENDERECO DO PORTADOR **Sítio Verde**  
Nº **SIN** COMPLEMENTO **Sítio** BAIRRO **Zona Rural**  
CIDADE **Deserto** **93** CEP **58695000**  
EMAIL **marcelodantas@gmail.com** TELEFONE **(83) 33640-4287**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE.

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- DOCUMENTO DE IDENTIDADE 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)
- FIM DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- TITULO DO IMÓVEL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO IMÓVEL (LAUDO DO IMÓVEL) - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMÓVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMÓVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- TITULO DE AGENCIAÇÃO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- TITULO DO IMÓVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA 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 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECIBITÓRIO 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, TAL COMO COPIA 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 A 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 FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_ ID. FED. \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_  
IDENTIDADE **589184 SSP/PI** NOME \_\_\_\_\_  
ASSINATURA **Perseu Medeiros Dantas** ASSINATURA \_\_\_\_\_



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 15/04/2020 18:23:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041518235281600000028752164>  
Número do documento: 20041518235281600000028752164

Num. 29893927 - Pág. 3

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 Deserto, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Verde, zona Rural de Deserto/PB, nº 510,  
complemento Sítio, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado 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 125 FAN KS

Ano: 2010

Placa: NQE 8829/PB

Chassi: 9C2JCL110AR7D3227

Data do Acidente: 25/06/19

Local e Data: Deserto/PB,

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

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

**PERSEU MEDERO S DANTAS**

CPF da Vítima

**252.110.304-78**

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 Lider 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.

  
\_\_\_\_\_  
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





## 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

252 210 304-78

Nome completo da vítima

PERSEV MEDEIROS DANTAS

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

Nome completo	PERSEV MEDEIROS DANTAS	CPF titular da conta	Profissão
Endereço	Sítio Verde	Número SIN	Complemento Sítio
Bairro	Zona Rural	Estado PB	CEP 58695000
Email	marcelo.dantas@gmail.com	Telefone (DDD) (83) 99610-4318	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECUZO 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_

CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_

(Informar digito se existir)

(Informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

BRADESCO

AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_

1563

6

0303686

2

(Informar digito se existir)

(Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

*Desarro/PB* de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

*Persev Medeiros Dantas*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcelo Medeiros Dantas

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

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>Sítio Verão</u>
Número	<u>551</u>
Apto / Complemento	<u>Sítio</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Destorro</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58695 000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 39640-4528</u>
E-mail	<u>marcelodantas@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Destorro / 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

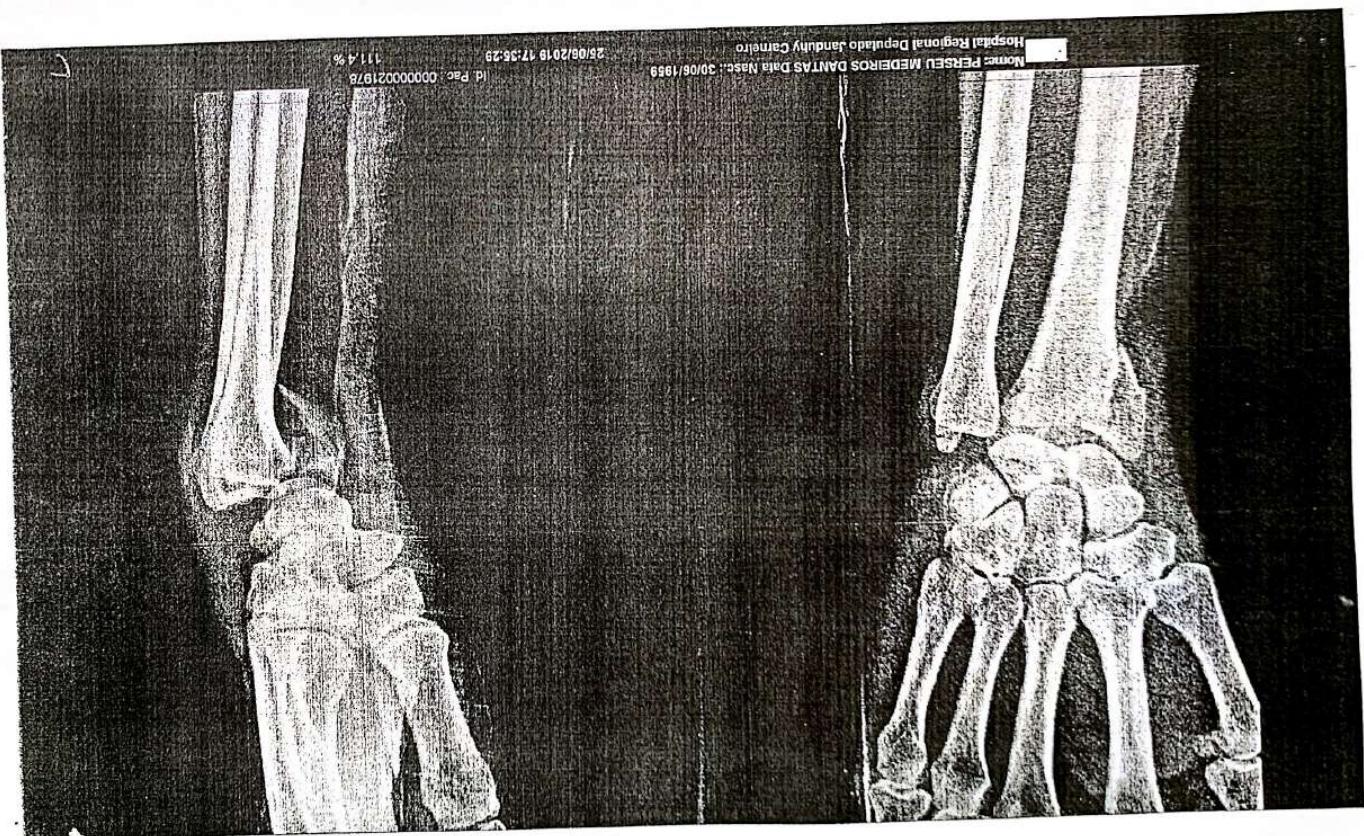
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



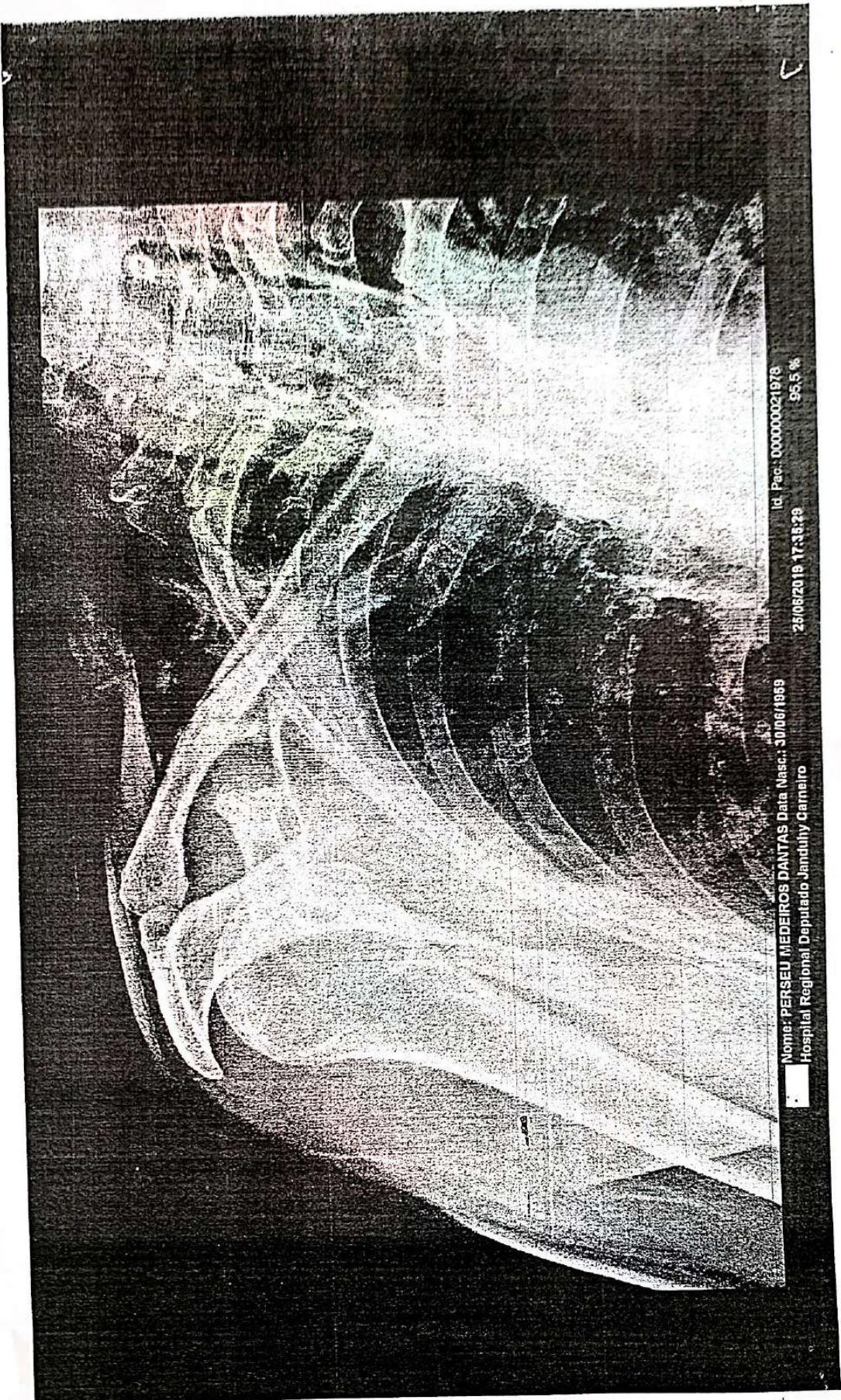


Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 15/04/2020 18:23:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041518235309900000028752167>  
Número do documento: 20041518235309900000028752167

Num. 29893930 - Pág. 1

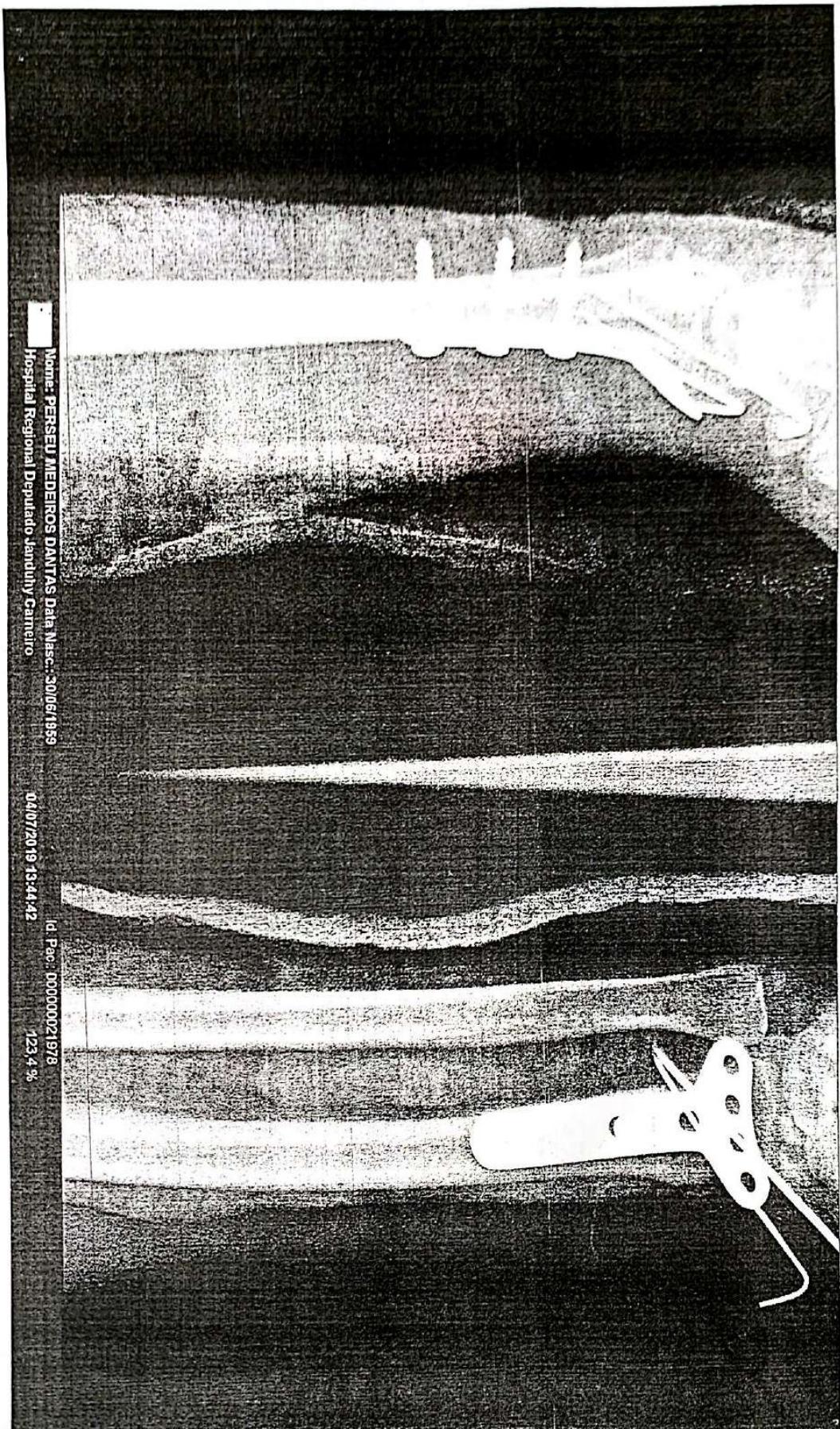


Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 15/04/2020 18:23:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041518235309900000028752167>  
Número do documento: 20041518235309900000028752167

Num. 29893930 - Pág. 2



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 15/04/2020 18:23:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041518235309900000028752167>  
Número do documento: 20041518235309900000028752167

Num. 29893930 - Pág. 3

## FICHA DE INTERNAÇÃO

CR 1604

INTERNACÃO 50839 PRONTUÁRIO 27306  
DATA 25/06/2019 HORA 21:07 OPERADOR MCARMO  
OCORRÊNCIA URGÊNCIA  
CLASSIF. RISCO  
ORIGEM USF OUTRA CIDADE  
MÉDICO MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM  
MOTIVO ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLETA

PACIENTE PERSEU MEDEIROS DANTAS  
TOADE 59a 11m GÊNERO MASCULINO

FILIAÇÃO I MARIA ERALY MEDEIROS DANTAS  
FILIAÇÃO II RUBEM DANTAS CUNHADA DE GOIS

CIDADE DESTERRO PB 58695000  
ENDERÉCO SITIO VERDE  
BAIRRO ZONA RURAL  
TURALIDADE TEIXEIRA CELULAR 83988928231  
TELEFONE

C.N.S. 898004187705661 IDENTIDADE 589181  
C.P.F. 252.110.384-78 REG. NAC.

NASCIMENTO 30/06/1959 COR PÂRDO  
EST. CIVIL CASADO PROFISSÃO MOTORISTA

RESPONSÁVEL GABRIELA BARBOSA

Ass. Resp./Parente Minha filha, B. Barbosa

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

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

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X) laboratoriais

DIAGNÓSTICO

DADOS DA SAÍDA

Data 04/07/19 Hora 01 M 07 Min

MOTIVO

Alta Curado  Alta Melhorado  Alta à Pedido  
 Transferência  Evasão  Óbito

MÉDICO/CRM

Nome do Paciente:

Persever Fernandes Júnior

Nº Prontuário:

Data da Cirurgia:

02/07/15

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

Dr. Nacilo

1º Auxiliar:

Dr. Jóao

Instrumentador:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Anestesia:

Dr. Júlio

Tipo de Anestesia:

bloco

Diagnóstico Pré-Operatório:

fratura de Perna  
mão

de Cirurgia:

Diagnóstico Pós-Operatório:

fractura osteo  
4 f m

Relatório Imediato do Patologista:

fractura osteo

4 f m

Exame Radiológico no ato:

Acidente Durante a Cirurgia:

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. feixe e sub de  
2. ar f f f f f  
3. fácia volar em ferida  
4. ferida volar em ferida  
5. ferida fácia fácia  
6. ferida volar 3 s

### RELATÓRIO DE CIRURGIA

1. ferida fácia



PACIENTE: 16	LEITO: 09	CONVÉNIO: SUS	IDADE: 59 a	REGISTRO: 27306
CIRURGIA: Tto cuningo de Pênis (E)	CIRURGÃO: Marcelo			
ANESTESIA: Bloqueio + Sedacão	ANESTESISTA: Távia			
INSTRUMENTADORA: foradome	DATA: 02/07/19	INÍCIO: 16:10	FIM:	

COMPLEXO  
HOSPITALAR  
REGIONAL  
DE JANDIÚ-CARREIRA

GOVERNO  
DA PARAÍBA

### NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro 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 Cárddio-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	<input type="checkbox"/>	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
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín		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
L	Xilocaina a 2%		Eparadrapo
	Etodolimide		Xilocaina Gel
<input checked="" type="checkbox"/>	Ketalar	<input checked="" type="checkbox"/>	Álcool 70%
L	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		Cldex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	<input type="checkbox"/>	Aguilha Descartável
<input type="checkbox"/>	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
L	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	Plasil Dexametasona		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
L	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Espanin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 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		



PACIENTE: <b>Perseu medeiros Dantas</b>					 <b>COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE JOÃO PESSOA</b>
QT: C.C	LEITO: 1606	CONVÉNIO: SUS	IDADE: 59 ans	REGISTRO: 27306	
CIRURGIA: Redução de Adubo Dr.	CIRURGÃO: Dr. Watson				
ANESTESIA: Sedocas	ANESTESISTA: Dr. Augusto Moreira				
INSTRUMENTADORA: -	DATA: 27.06.19	INÍCIO: 16:30	RIM:	GOVERNO DA PARAÍBA	

### NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp Soro FS
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardio-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
	Thionembutal		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	Indovac Profafol		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espadrapo
	Etodimide		Xilocaina 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		Aguilha 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
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amilcicina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 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:

Data:

02/07/19

Nº Prontuário

*Perro Medeiros Danilo*

Nome:

Sexo:

Feminino

Masculino

Idade:

Peso:

kg

Altura:

Cor:

Data Nascimento:

Pressão Arterial Pulso:

Respiração:

Temperatura:

Tipo Sanguíneo:

Hemáticas:

Hemoglobina:

Hematócritico:

Oftalmia:

Urina:

Outros:

Urina:

Glucose:

Urea:

Outros:

Aparelho Respiratório:

Asma:

Bronquite:

Aparelho Circulatório:

Aparelho Digestivo:

JEJUM OK

Dentes:

Pecoço:

Ap. Urinário:

Estado Mental:

CONSCIENTE

Ataraxicos:

Corticoides:

Alergia:

Hipotensores:

Diagnóstico Pré Operatório:

*Perro Medeiros Danilo*

Estat. Físico:

Risco:

Anestesia Anteriores:

MIDAZOLAM 3MG

Medicação Prâ-Anestésica:

Aplicada às:

Efeito:

Agudos:

02

Leitoso:

(SF)

(SF)

(SF)

Corrida Respiratória:

280

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90/100*

*90*



Materials Médico-Hospitalares EIRELI

5339

Caixa Física

## PEDIDO DE VENDAS

N9

Rua José Sidineu Sibra, 24 - Bairro: Timbó - Canararibe/PE - CEP: 54765-138

PHONE: (81) 3139-3456

E-mail: [cambridge@zimail.com](mailto:cambridge@zimail.com)

CEBIL 14.781.379/0001-30 - Inca Estadual 05312249-03

CNPJ 14.784.339/0001-30 - IT



## RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	50039	PRONTUÁRIO	27386
DATA	25/06/2019	HORA	21:07
MÉDICO	MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM	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: Possive M60-Rs

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: 1/1/2019 Assinatura do Médico Consultante

PARECER: 59 ans.

Papé - OP fraturauseuse clavilla

DMF-NON

M60-NON

Arteria E

ACV. RAI. H. SEM. DOPAS

ECG

ADP

Conclusões: Busto

Medico Especialista

Data: 27/06/19

Assinatura do Médico Especialista



1604

ERONTE...: 27306  
PACIENTE: FERSEU MEDEIROS DANTAS

EMISSÃO.: 27/04/2019  
SEXO: M IDADE...: 59

COAGULOGRAMA

Material.: SORO  
Método.: AUTOMATICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:  
T.P. Paciente...: 13 seg.

T.P. Controle...: 8 seg.

Atividade...: 62,3 %

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

A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado...: 1,36

Valores de Referência:

sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2

uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TRÔMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:  
T.T.P.A. Paciente...: 37 seg.

T.T.P.A. Controle...: 5 seg.

Valores de Referência:

TAP Paciente...: 26 a 76 seg.

Pag:3/3





Assinado eletronicamente



DATA/LOCALIZAÇÃO:	27/06/2019	SP/001	EDIFÍCIO MEDLEIROS CANTAS	RECINTO:	2.396	Nº550165.1.3991	PERÍODO:	27/06/2019	DATA:	27/06/2019	MESES:	00	ANOS:	00
GLACOSSE:	MECÂNICA	SÓRIO	ACTOMAIZADO	MECÂNICA	RECINTO	ACTOMAIZADO	MECÂNICA	RECINTO	DATA:	27/06/2019	MESES:	00	ANOS:	00

Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 15/04/2020 18:23:53  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041518235333000000028752157  
Número do documento: 20041518235333000000028752157

Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 15/04/2020 18:23:53  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041518235333000000028752157  
Número do documento: 20041518235333000000028752157

Num. 29893920 - Pág. 11

232:6



九月九日

2015-07-15 10:00:00 2015-07-15 10:00:00

JOURNAL OF  
INDUSTRY COUNCILS

Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 15/04/2020 18:23:53  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004151823533000000028752157>  
Número do documento: 2004151823533000000028752157

Num. 29893920 - Pág. 12

SEXO: M	FECHAS: 26/06/2019	FECHAS: 27/06/2019	SEXO: M	FECHAS: 26/06/2019	FECHAS: 27/06/2019
NRODOUTS = 13540			NRODOUTS = 13540		
27005 MEDICROS DMR5			27005 MEDICROS DMR5		
SACCHINETI, 26/06/2019			SACCHINETI, 26/06/2019		
GRUPOSE			GRUPOSE		
MATERIAL: 980			MATERIAL: 980		
MATERIALIZADO			MATERIALIZADO		
REFRENTIAS			REFRENTIAS		
NORMAL, 70 A 100			NORMAL, 70 A 125		
MIGRANTE (INVESTIGAR) 100 A 125			SUGERIS OCHETES > 125		
141			141		
wg/DP			wg/DP		

1997-1998  
1998-1999

אנו נאנו נאנו

Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 15/04/2020 18:23:53  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041518235333000000028752157>  
Número do documento: 2004151823533300000028752157

Num. 29893920 - Pág. 13

ERONTE...: 2/308 N°REQUISITOS: 10540  
PACIENTE: PERSEU MEDEIROS DANTAS

EMISSAO.: 26/06/2019  
SEXO: M IDADE...: 59

CC 1604

COAGULOGRAMA

Reagentes: SOFO  
Método...: AUTOMATICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado: 12 seg.  
T.P. Paciente.....: 12 seg.  
T.P. Controle.....: 92,1 %  
Atividade.....: 11,2 a 15,0 seg.  
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  
com uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado: 36 seg.  
T.T.P.A. Paciente.....: 36 seg.

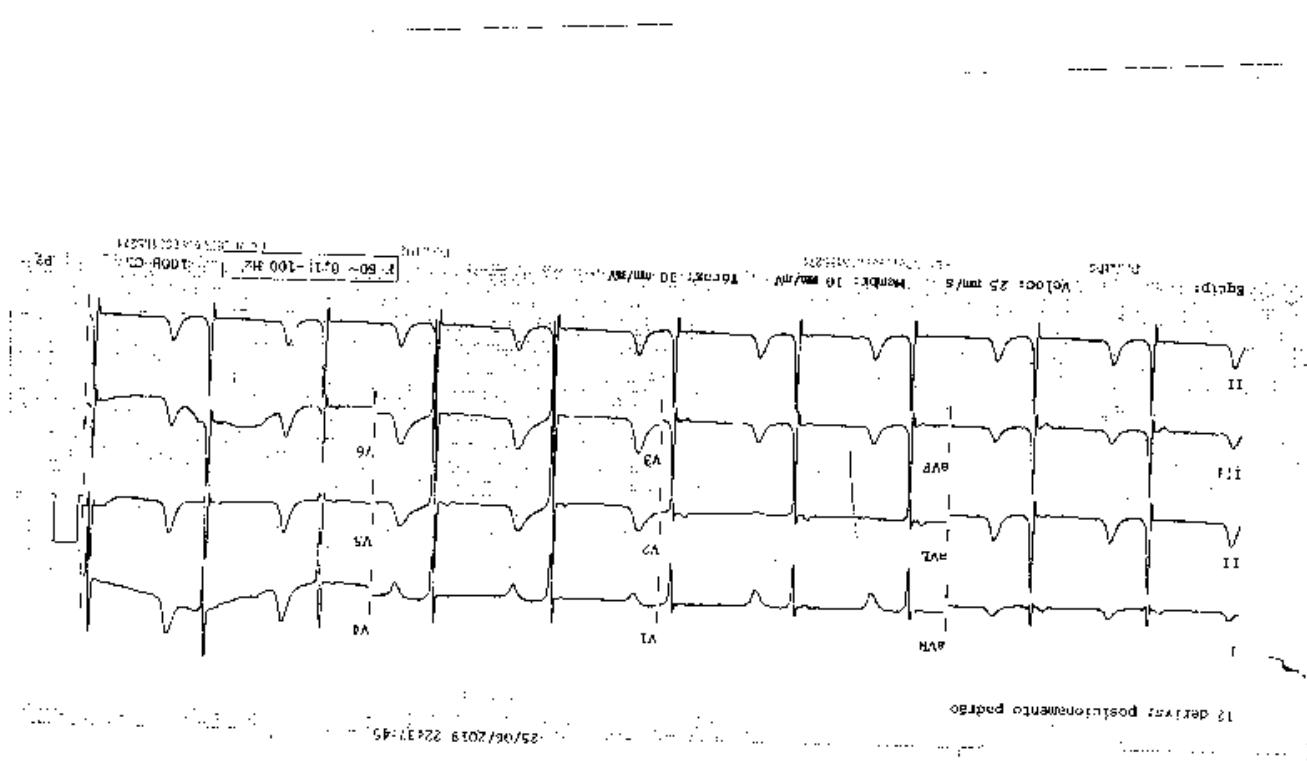
T.T.P.A. Controle.....: 36 seg.

Valores de Referência: 26 a 36 seg.

TAP Paciente.....:

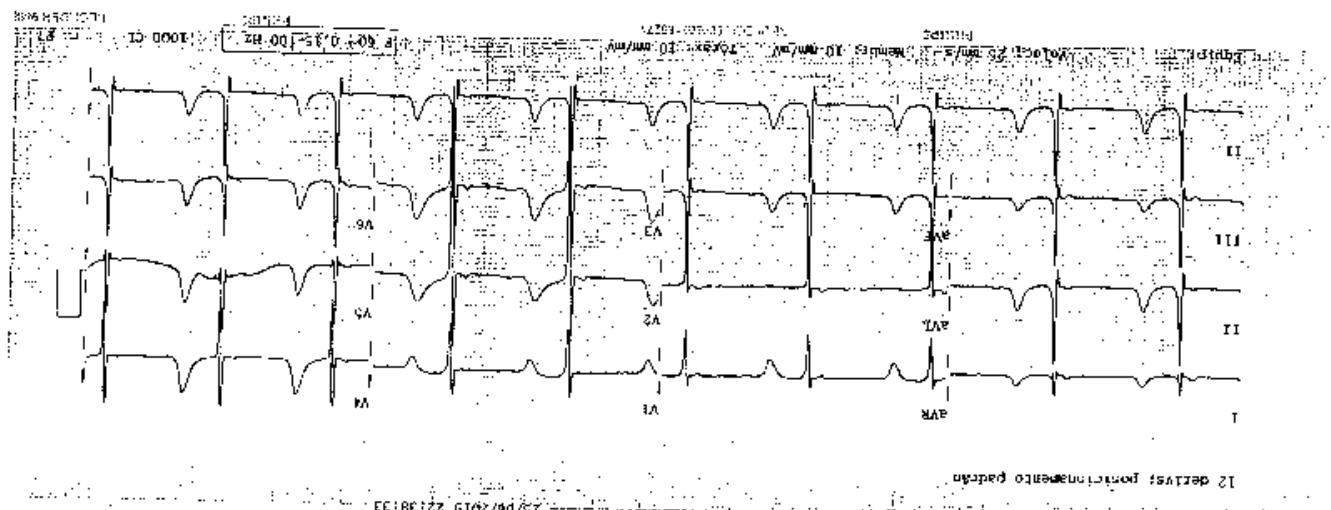
Lucas A. Setiba  
CRBM-9027





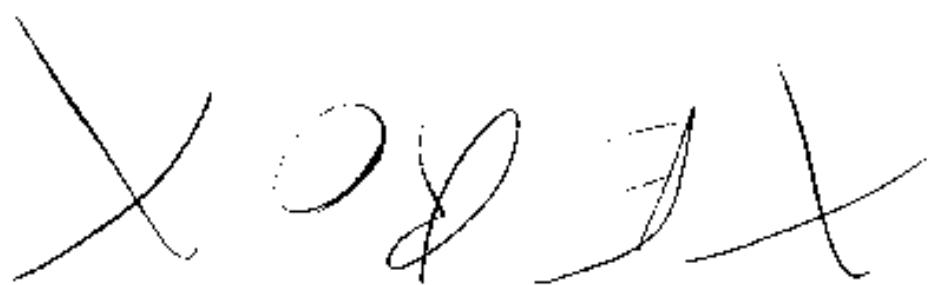
Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 15/04/2020 18:23:53  
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041518235333000000028752157>  
Número do documento: 20041518235333000000028752157

Num. 29893920 - Pág. 15



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 15/04/2020 18:23:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041518235333000000028752157>  
Número do documento: 20041518235333000000028752157

Num. 29893920 - Pág. 16

A handwritten signature in black ink, appearing to read "XOY JAX".

## 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**



Assinado eletronicamente por: CARLOS GUSTAVO GUIMARAES ALBERGARIA BARRETO - 20/04/2020 07:27:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042007270725400000028835280>

Número do documento: 20042007270725400000028835280

Num. 29987254 - Pág. 1