



Número: **0800305-50.2020.8.15.0391**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Teixeira**

Última distribuição : **15/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PERSEU MEDEIROS DANTAS (AUTOR)		MARCELO DANTAS LOPES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
29893 911	15/04/2020 18:28	Petição Inicial	Petição Inicial
29893 916	15/04/2020 18:28	PETIÇÃO INICIAL	Documento de Comprovação
29893 922	15/04/2020 18:28	PROCURAÇÃO, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	Procuração
29893 927	15/04/2020 18:28	BOLETIM DE OCORRÊNCIA, DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO E REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO	Documento de Comprovação
29893 928	15/04/2020 18:28	CARTA DE CONCESSÃO PARCIAL DO SEGURO DPVAT	Documento de Comprovação
29893 930	15/04/2020 18:28	FOTOS DA INSERÇÃO DOS PINOS DE FERRO NO PUNHO ESQUERDO E NA CLAVÍCULA DIREITA_compressed	Documento de Comprovação
29893 920	15/04/2020 18:28	PRONTUÁRIO MÉDICO_compressed (1)	Documento de Comprovação
29987 254	20/04/2020 07:27	Despacho	Despacho

Petição inicial em anexo - formato pdf



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ TITULAR DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA
COMARCA DE TEIXEIRA/PB

"URGENTE"

JUSTIÇA GRATUITA - Gratuidade Processual - Art. 4º da Lei nº 1060/50

PROCEDIMENTO COMUM

COMPLEMENTAÇÃO DO SEGURO DPVAT (DIFERENÇA)

Fraturas e sequelas: Fratura no Punho Esquerdo e na Clavícula Direita

PERSEU MEDEIROS DANTAS, brasileiro, casado, motorista, portador do CPF sob nº 25211030478 e do RG sob nº 589181 SSP/PB, residente e domiciliado no Sítio Verde, Zona Rural de Desterro, CEP 58695000, e-mail: dlclientestap@gmail.com, pelo o instrumento procuratório em anexo (DOC. 1), por intermédio de seu procurador e advogado "in fine" assinado, com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias Castro, nº 121, Centro, Taperoá-PB, onde receberá as eventuais intimações e notificações de estilo, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência com supedâneo legal na Lei nº 6.194/74, propor a presente:

**AÇÃO DE COBRANÇA DA DIFERENÇA (COMPLEMENTAÇÃO) DO SEGURO
OBRIGATÓRIO DPVAT**

pelo o PROCEDIMENTO COMUM em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09248608000104 podendo ser citada na Rua Senador Dantas, Nº 74,



5º andar - Centro, Cep: 20031205 - Rio de Janeiro (RJ), arrimado nos argumentos de fato e de direito a seguir expostos:

I - Da Concessão da Justiça Gratuita

A concessão da justiça gratuita tendo-se em vista que o promovente não possui condições de arcar com as despesas processuais, sem que lhe cause prejuízos ao seu respectivo sustento e a sua respectiva família, com fundamento no artigo 4º da lei nº 1.060/50 e do artigo 1º da lei nº 7.115/1983, como atesta a declaração de hipossuficiência econômica acostada na peça vestibular (DOC.2)

Ademais, o fato de ingressar em Juízo sob o patrocínio de advogado não integrante dos quadros da Defensoria Pública, nenhuma influência tem na concessão do benefício pleiteado, conforme entendimento da sumula 29 do TJPB, que assim preceitua: **"Não está à parte obrigada, para gozar dos benefícios da Assistência Judiciária, a recorrer aos serviços da Defensoria Pública"**.

É o requerido!

II - Dos Fundamentos Fáticos e Jurídicos da Demanda

A *causa petendi* que se assenta nas linhas a seguir revela o exercício do mais legítimo Direito da Ação e é mote para aplicação inequívoca da **lei 6.194/74**, em **DIÁLOGO DAS FONTES**, com a Constituição Federal, e a legislação extravagante pertinente ao caso posto em juízo.

III - Da Causa de Pedir Remota

O Autor ora promovente foi vítima de acidente de trânsito no dia **25/06/2019, por volta das 15 horas 00 Minutos, quando estava conduzido a motocicleta HONDA 125 FAN KS, PLACA NOE 8829/PB2, ANO E MODELO 2010/2010, CHASSI 9C2JC4110R703227, RENAVAL 0025360152-5**, de propriedade da Sra. **MARIA DA CRUZ BARBOSA**, conforme declaração do proprietário em anexo (DOC.2), **na ruas de Desterro/PB, mas especificamente na rua do MATADOURO MUNICIPAL QUANDO COLIDIU COM UM CARRO NÃO IDENTIFICADO QUE PASSAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, ocasionado sua queda imediata, ficando o mesmo desacordado**, conforme boletim de ocorrência em anexo (DOC.3).

Ato contínuo, o promovente **foi socorrido pela ambulância do Município de Desterro/PB, sendo encaminhando em seguida para o Hospital Geral de Patos/PB, conforme boletim de ocorrência e o prontuário médico em anexo (DOCS. 3 e 4)**.



Nisto, MM Juiz, após exames detalhados foi CONSTATADO FRATURA EXPOSTAS NO PUNHO ESQUERDO E NA CLAVÍCULA DIREITA, conforme boletim de ocorrência e o prontuário médico em anexo (DOCS. 3 e 4).

Diante das fraturas expostas no punho esquerdo e na clavícula direita o promovente foi submetido a diversas cirurgias para colocação de parafusos e pinos de platina, permanecendo internado por 10 (dez) dias, conforme boletim de ocorrência e o prontuário médico em anexo (DOCS. 3 e 4).

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes no autor, tais como: fraturas expostas no punho esquerdo e na clavícula direita, bem como comprometimento na flexão e dos movimentos do ombro esquerdo e da mão esquerda, resultando em redução funcional, PODENDO SER DETECTADA TAL DEBILIDADE ATRAVÉS DE UMA SIMPLES VISÃO MACROSCÓPICA, bem como, fortes dores de cabeça, tortura e visão distorcida.

Ciente de seu direito ingressou com o pedido administrativo com toda a documentação exigida para obter o seguro DPVAT como o Boletim de Ocorrência (BO), Documento da Moto e o Prontuário Médico, conforme requerimento administrativo em anexo (DOC.5) tendo sido reconhecido em parte, recebendo apenas o valor de R\$ 1687,50 (Mil Seiscentos e Oitenta e Sete Reais e Cinquenta Centavos), conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo datado em 14/02/2020 (DOC.6).

Tal valor pago administrativamente encontra-se muito inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que as reduções funcionais dos membros supramencionados correspondem ao um valor bem inferior conforme tabela DPVAT, desse modo, o mesmo possui o direito subjetivo de pleitear o complemento da indenização do seguro DPVAT.

A promovente clama por JUSTIÇA!

Eis a síntese fática necessária

IV - Da Causa de Pedir Próxima

I - Do seguro DPVAT e o direito de cobrança do acidentado

O próprio nome do **Seguro DPVAT** é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causados por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.



Reza Art. 5, da lei 6.194/74:

"O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia da responsabilidade do segurado. §1º".

Entende-se por INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL a perda ou redução, em caráter definitivo em decorrência de acidente provocado por veículo.

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que qualquer vítima de acidente envolvendo veículo, inclusive motoristas e passageiros, ou seus beneficiários podem requerer a indenização do DPVAT.

Frisa-se que o pagamento independe da apuração de culpados.

Em conformidade com o art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

"Art. 2º - Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea "1" nestes termos:

Art. 20, 1 - Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

Apenas a título ilustrativo, cabe aludir que se considera invalidez a perda ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão. Essa perda ou redução é indenizada pelo Seguro DPVAT quando resulta de um acidente causado por veículo é permanente, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável.



Destarte, a invalidez é considerada permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte.

Nesta esteira, mister ressaltar que o STJ editou a súmula 278, e, estabeleceu como marco inicial a data em que o acidentado tomou conhecimento inequívoco de sua incapacidade para o trabalho. Assim, resta claro que o requerente deve ser indenizado pelo seguro, como medida de direito.

O pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP. Vejamos o seguinte julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO. IRRELEVANCIA. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).

Ademais, conforme estabelece o art. 7º da Lei 6.194/74, a responsabilidade pelo pagamento do seguro obrigatório é de qualquer das seguradoras integrantes do consórcio nacional do Seguro Obrigatório **DPVAT**, destarte, a jurisprudência já firmou entendimento neste sentido:

"**SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. Consórcio. Legitimidade de qualquer seguradora que opera no sistema. De acordo com a legislação em vigor, que instituiu sistema elogiável e satisfatório para o interesse de todas as partes envolvidas, qualquer seguradora que opera no sistema pode ser acionada para pagar o valor da indenização, assegurado seu direito de regresso. Precedente. Recurso conhecido e provido.**" (REsp 401.418/MG; Recurso Especial 2001/0194323-0; Relator ministro Ruy Rosado de Aguiar - Quarta Turma - Data do Julgamento 23.04.2002 - Data da Publicação/Fonte DJ 10.06.2002, p. 220) "

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação supramencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que o acometem e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou segurado.



Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

V - DOS PEDIDOS IMEDIATOS E MEDIATOS

1. Do pedido imediato:

a) Requer seja recebida esta inicial, bem como seja processada a presente demanda até final decisão jurisdicional procedente de mérito, haja vista a presença das condições da ação e dos pressupostos processuais, bem como dos requisitos dos artigos 319 e 320 do NCPC. Ademais, requer ainda que seja aplicado *in totum* a lei n. 6.194/74 - Seguro DPVAT.

2. Dos pedidos mediatos:

Diante dos fatos articulados e fundamentados no direito, pela privacidade vilipendiada e moral espancada, é que se requer o seguinte:

a) Preliminarmente a concessão da justiça gratuita tendo-se em vista que o promovente não possuir condições de arcar com as despesas processuais, sem que lhe cause prejuízos ao seu respectivo sustento e a sua respectiva família, com fundamento no artigo 4º da lei nº 1.060/50, conforme declaração de hipossuficiência econômica inclusa na "Procuração Ad Juditia Et Extra" em anexo (DOC.1).

b) A procedência da presente demanda para o fim de condenar a requerida, ao pagamento do complemento da indenização do seguro DPVAT, de acordo com o percentual apurado em perícia médica que será submetido o autor com fundamento no artigo 3º, alínea "b" das leis 6.194/74, 11.945/09 c/c com o artigo 186 do Código Civil Pátrio.

c) A citação da requerida, no endereço declinado no preâmbulo para conhecer dos termos da presente, e o processamento desta inicial, sob pena de revelia, em conformidade com o artigo 319 do Novo Código de Processo Civil.

d) O julgamento antecipado da lide com fundamento no artigo 330 do Código de Processo Civil, visto que, as provas são meramente documentais.

e) Que o valor da condenação seja devidamente corrigido acrescido de juros e correção monetária retroativa a data do sinistro, tudo em conformidade com a súmula 54 do STJ.

f) Que seja a requerida condenada ao pagamento das custas processuais e os honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação.



f) Caso o valor da condenação seja um patamar ínfimo ou irrisório seja a promovida condenada em honorários sucumbenciais pelas diretrizes insculpidas no NCPC/2015.

g) Que seja todas as publicações, intimações, notificações e quaisquer outros atos de intercambio processual deste juízo sejam realizados na pessoa dos advogados que esta subscreve, sob pena de possível nulidade.

h) Que não seja marcada audiência preliminar haja vista que a promovida declina pelo acordo após a sentença proferida nos autos.

i) Por fim, requer a juntada de todos os documentos acostados na exordial.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente nas provas documentais, requerendo que o autor seja submetido ao **EXAME PERICIAL** por um médico **ORTOPEDISTA** devendo ser oficiado a Secretária de Saúde do Município de Teixeira/PB, ou ainda o Hospital Alcides Carneiro (HU) na cidade de Campina Grande-PB.

Dá- se à causa o valor de R\$ 11.812,50 (Onze Mil Oitocentos e Doze Reais e Cinquenta Centavos) para meros efeitos fiscais.

Nestes Precisos Termos, Pede e Confia no Deferimento.

Serra Branca- PB, 22/03/2020.

MARCELO DANTAS LOPES
Advogado OAB/PB 18446



Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,
OUTORGANTE: PERSEU MEDEIROS DANTAS BRASILEIRO CASADO, MONARQUISTA, 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
B-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
Ago / 2019

Apresentação
09/08/2019

Data prevista para
próxima leitura
10/09/2019

CPF/CNPJ/INSC
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

Data	Leitura	Data	Leitura	CC	Descrição	Quantidade	Valor Base C&C	Alig.	ICMS(R\$)	Base Calc.	Pot(R\$)	Contra(R\$)
10/07/19	9819	09/08/19	9732	1								
Demonstrativo												
Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) ICMS												
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,267890	9,83	8,63	27	2,33	9,83	0,09	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		
0810	Subsídio			1,13	1,13	27	0,30	1,13	0,01	0,05		
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PUELOCA			41,81	41,81	27	11,29	41,81	0,48	2,09		
0904	JUROS DE MORA 07/2019			18,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0905	MULTA 07/2019			0,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0909	BÔNUS ITAIPU LEI 10439/2002 07/2019			1,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0808	Devolução Subsídio			-1,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
				-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 Até 100kWh 0,330280 Até 220kWh 0,485420

16/08/2019 R\$ 88,14

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

Indicadores	Quantidade	Valor	Limite de Consumo (W)
DIC MENSAL	12,35		
DIC TRIMESTRAL	24,71		
DIC ANUAL	49,42		
FIC MENSAL	7,74		
FIC TRIMESTRAL	15,48		
FIC ANUAL	30,96		
DMC	8,78		
DICRI	16,80		

Composição do Consumo	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	12,13	13,65
Compra de Energia	19,90	22,18
Serviço de Transmissão	1,30	1,33
Encargos Setoriais	2,88	3,22
Impostos Diretos e Encargos	52,57	58,84
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
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É:
 EMPREGO DO PORTADOR **SIN** **Verde**
 Nº **SIN** COMPLEMENTO **SIN** BAIRRO **Zona Ruem**
 CIDADE **Desferre** UF **PA** CEP **58695005**
 E-MAIL **marcelo@adve.com.br** TELEFONE **(83) 93640-4237**
 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 E COPIA DA ATUAÇÃO E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA RESOLUÇÃO DEFINITIVA)
☒ LAUDO DE ALCANCEMENTO 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, ACESSO 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: 25/06/19

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



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

252 110 304-78

Nome completo da vítima

PERSEU MEDEIROS DANTAS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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"/> CONTA POUPANÇA (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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BRADESCO NRO. 0305686 AGÊNCIA NRO. 1563 D/V 6 D/V 2 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 1563 D/V 6 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 0305686 D/V 2 (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. 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.

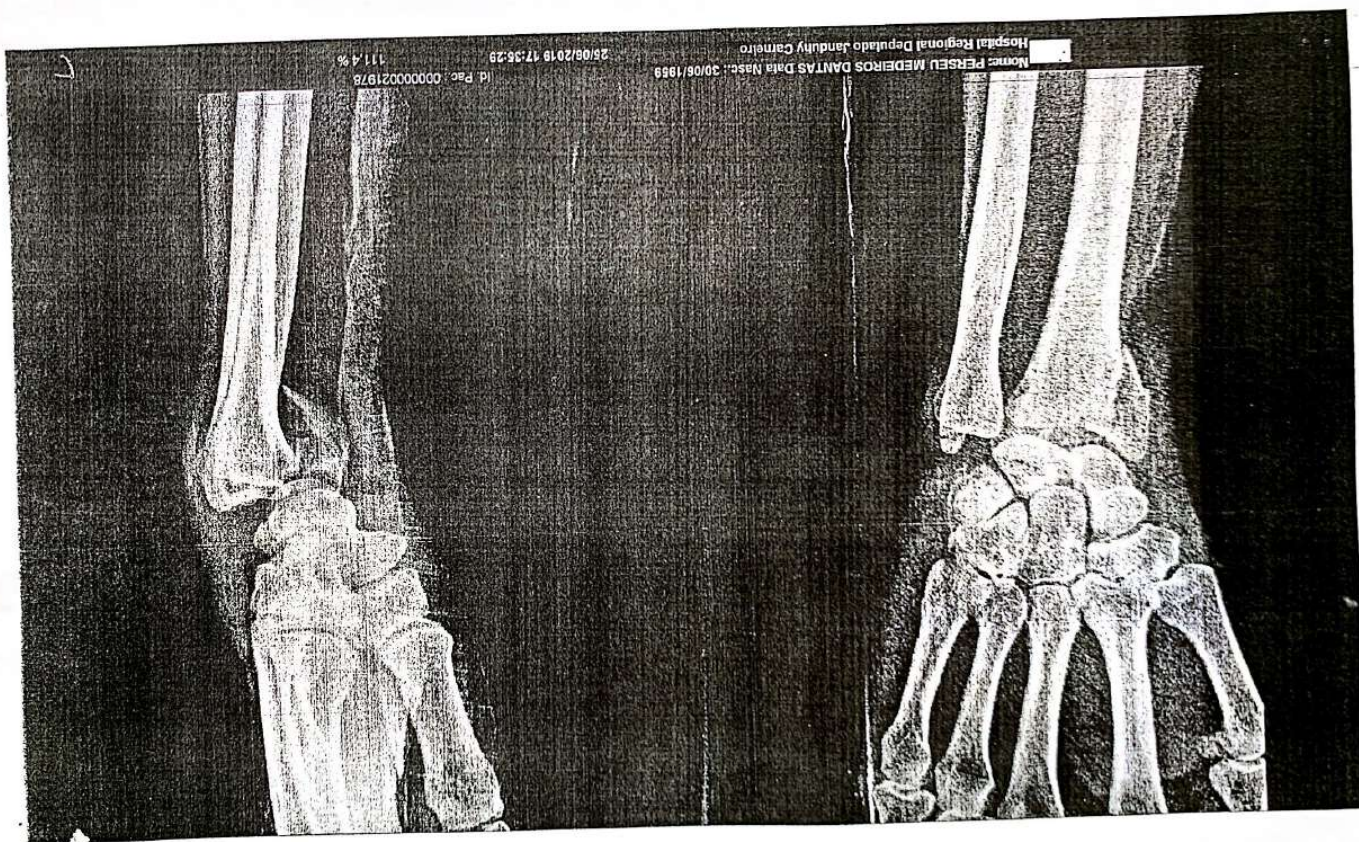
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

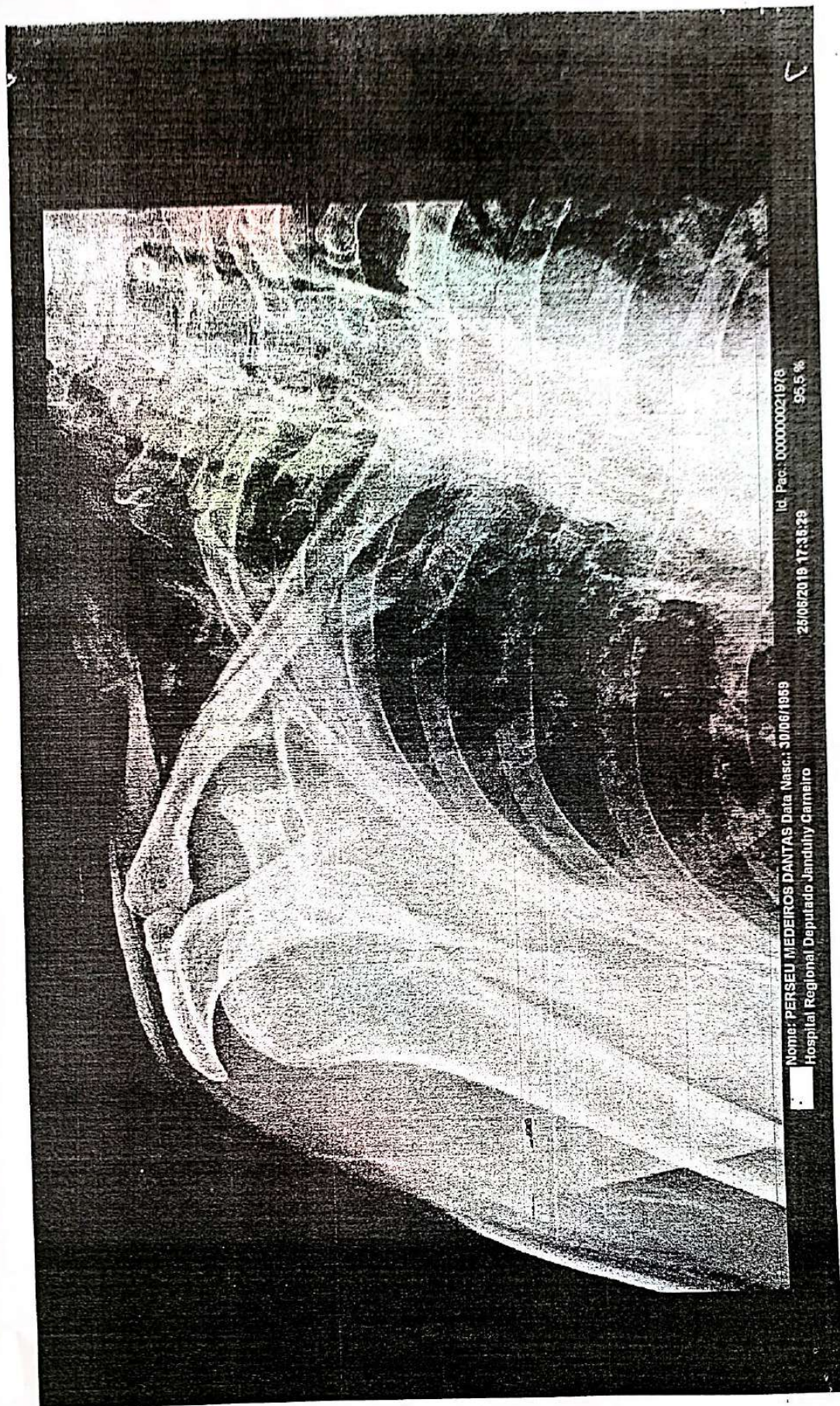
Estamos aqui para Você





Scanned with CamScanner



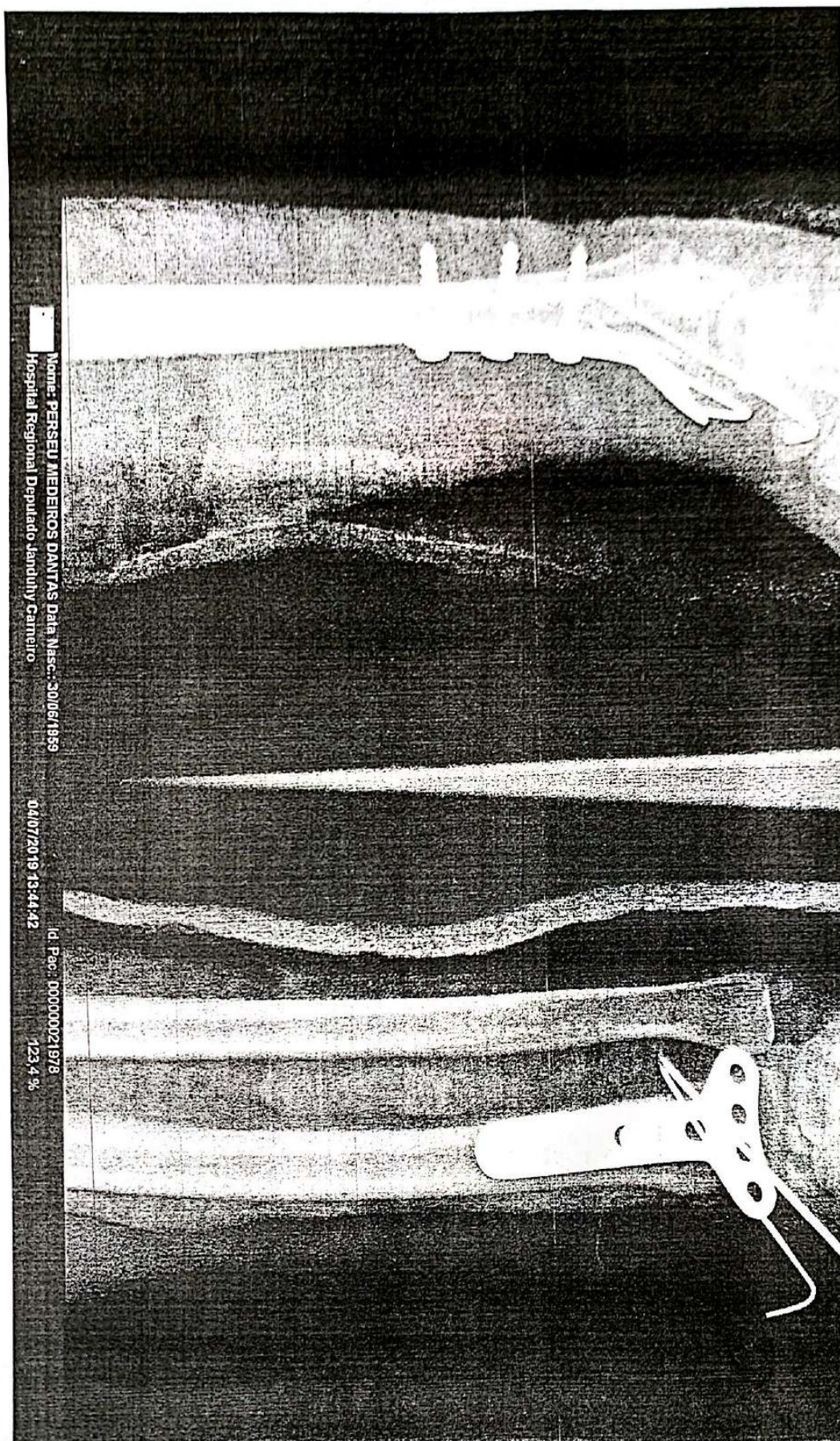


Id. Pac: 000000021978
25/06/2019 17:35:28
95,5 %

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

Scanned with CamScanner





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 GOIS		
CIDADE	DESTERRO	PB	58695000
ENDEREÇO	STIJO VERDE		
TIPO	ZONA RURAL		
TEL. RESIDENCIAL	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 AUGUSTO MOREIRA SERAFIM

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 Nº Prontuário: 123456
Data da Cirurgia: 02/07/19 Enf.: Dr. João
Cirurgião: Dr. Marcelo 1º Auxiliar: Dr. João
2º Auxiliar: Dr. João 3º 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 Z-plastia
2) Afirmação de que a lesão é benigna
3) Ressecção da lesão com margem de 1 cm
4) Preenchimento da ferida com A.S. +
5) Sutura com 3-0

RELATÓRIO DE CIRURGIA

1) Sutura com fio





PACIENTE: <u>Pessoa Mediana Mentes</u>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDERY CAPRILES  GOVERNO DA PARAIBA
QT.: <u>16</u>	LEITO: <u>04</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>59a</u>	REGISTRO: <u>27306</u>	
CIRURGIA: <u>Procuração do Testículo (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
	Etodimidate		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	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
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		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	1	<u>nylon 3.0</u>



PACIENTE: <u>Person nudeira Dantas</u>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEB WOLFF CARNEIRO  GOVERNO DA PARAÍBA
QT.: <u>2-2</u>	LEITO: <u>1606</u>	CONVENIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>59 ans</u>	REGISTRO: <u>27306</u>	
CIRURGIA: <u>Redução de Ombro D.</u>			CIRURGIÃO: <u>Dr. Wavron</u>		
ANESTESIA: <u>Sedocase</u>			ANESTESISTA: <u>Dr. Augusto Marcin</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
	Xilocaina a 2%		Esparadrapo
	Etodimidate		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovina 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		



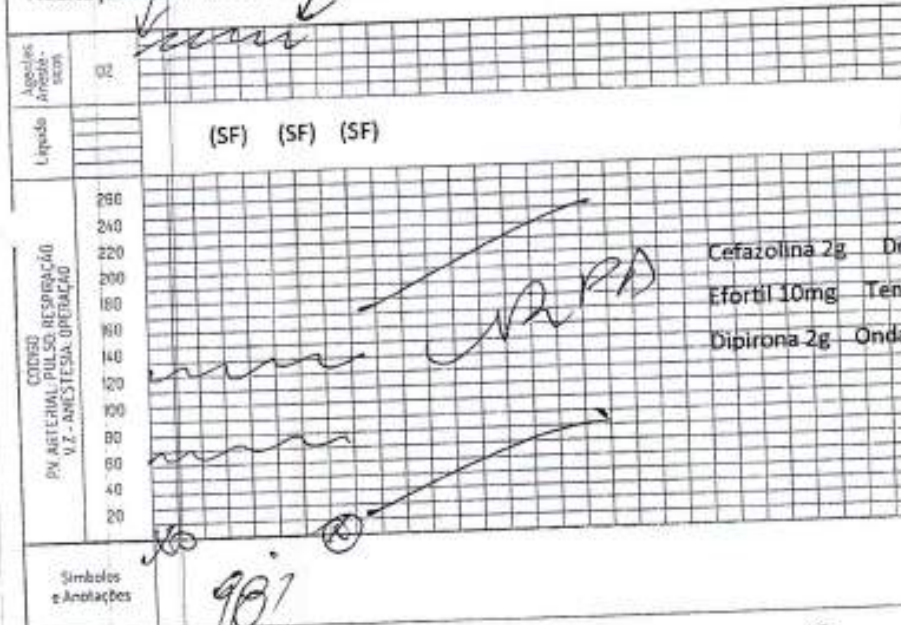
FOLHA DE ANESTESIA

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: Fratura do braço (E) Estado Físico: _____ Risco: _____
Anestesia Anteriores: MIDAZOLAM 3MG
Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____



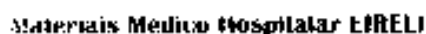
INDUÇÃO
Satisf. / Excit. / Tosse _____
Laringo Espasmo / Lenta _____
Náuseas / Vômitos _____
Outros _____

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

Galax Fixa

NF Nº		Prontuário
Hospital		Vendedor
Paciente		Data
Médico	Instrumentado	Consentio
Procedimento		

[illegible]

COND DE PIGMENTO

TOTAL

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

1ª Via Branca - Fajurama; 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
Aueria @
ACV. RAR TI 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.





HEMOGRAMA COMPLETO				SANGUE		NÍVEL KOLEIN		VALOR DE REFERÊNCIA	
ERITROGRAMA				HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		LEUCOCITÓRINA	
HGB				13.7	g/dL	42.4	%	12	1000
HCT				29.7	%	91.8	fl	26	1000
MCV				92.3	fL	91.8	fL	26	1000
MCH				14.5	pg	91.8	fL	26	1000
MCHC				15.5	g/dL	91.8	fL	26	1000
RDW				14.5	%	91.8	fL	26	1000
PLT				11.100	/mm ³	11.100	/mm ³	11.100	/mm ³
PCT				0.333	%	0.333	%	0.333	%
MPV				0.000	fL	0.000	fL	0.000	fL
PDW				0.000	%	0.000	%	0.000	%
RDW-CV				0.000	%	0.000	%	0.000	%
RDW-S				0.000	%	0.000	%	0.000	%
LUC				0.000	/mm ³	0.000	/mm ³	0.000	/mm ³
LYC				0.000	%	0.000	%	0.000	%
MIDC				0.000	/mm ³	0.000	/mm ³	0.000	/mm ³
MIDC-CV				0.000	%	0.000	%	0.000	%
MIDC-S				0.000	%	0.000	%	0.000	%
SEG				0.000	/mm ³	0.000	/mm ³	0.000	/mm ³
SEG-CV				0.000	%	0.000	%	0.000	%
SEG-S				0.000	%	0.000	%	0.000	%
BAS				0.000	/mm ³	0.000	/mm ³	0.000	/mm ³
BAS-CV				0.000	%	0.000	%	0.000	%
BAS-S				0.000	%	0.000	%	0.000	%
EUC				0.000	/mm ³	0.000	/mm ³	0.000	/mm ³
EUC-CV				0.000	%	0.000	%	0.000	%
EUC-S				0.000	%	0.000	%	0.000	%
LIM				0.000	/mm ³	0.000	/mm ³	0.000	/mm ³
LIM-CV				0.000	%	0.000	%	0.000	%
LIM-S				0.000	%	0.000	%	0.000	%
MON				0.000	/mm ³	0.000	/mm ³	0.000	/mm ³
MON-CV				0.000	%	0.000	%	0.000	%
MON-S				0.000	%	0.000	%	0.000	%
CONTAGEM DE PLÁQUETAS				174.000	/mm ³	174.000	/mm ³	174.000	/mm ³
CONTAGEM DE PLÁQUETAS				150.000	/mm ³	150.000	/mm ³	150.000	/mm ³
CONTAGEM DE PLÁQUETAS				150.000	/mm ³	150.000	/mm ³	150.000	/mm ³
CONTAGEM DE PLÁQUETAS				150.000	/mm ³	150.000	/mm ³	150.000	/mm ³

EMISSÃO: 27/06/2015 SEXO: M LEVANTAMENTO: 58

Nº REGISTRO: 15591

PACIENTE: PÉREDO MEDEIROS DANTAS

ENDEREÇO: 27206

ESPECIALIZADO EM CLÍNICA 16/04/20





GLICOSE		MATERIAL: SORO		Método: AUTOMATIZADO	
RESULTADO: 69		TP/dia			
<p>REFERÊNCIAS</p> <p>NORMAL: 70 A 100</p> <p>ALTERAÇÃO (INVESTIGAR): 100 A 125</p> <p>SUGERE DIABETES > 125</p>					
PACIENTE: MARCELO MEDEIROS DANTAS		Nº REGISTRO: 13591		EMISSÃO: 27/04/2019	
PACIENTE: 21306		Nº REGISTRO: 13591		EMISSÃO: 27/04/2019	
LABORATÓRIO: CASIMIRO		LABORATÓRIO: CASIMIRO		LABORATÓRIO: CASIMIRO	

OUTRAS OBSERVAÇÕES

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLÁQUETÁRIA.....

CONTAGEM DE PLÁQUETAS

CONTAGEM DE PLÁQUETAS: 226.000 x11/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

MONOCITOS	08	%	12,4	/mm ³	NORMAL	2 a 8	NORMAL	70 a 1000
LINFÓCITOS	10	%	15,3	/mm ³	NORMAL	25 a 45	NORMAL	875 a 4500
BASÓFILOS	01	%	0,53	/mm ³	NORMAL	0 a 1	NORMAL	0 a 100
EOSINÓFILOS	01	%	0,53	/mm ³	NORMAL	1 a 4	NORMAL	35 a 600
SEGMENTADOS	79	%	12,6	/mm ³	NORMAL	35 a 65	NORMAL	1500 a 8500
BASTONETES	01	%	0,53	/mm ³	NORMAL	0 a 5	NORMAL	0 a 9000
RETÍCULOCITOS	000	%	0,000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
MITÓCITOS	000	%	0,000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
PRÓMITÓCITOS	000	%	0,000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0

LEUCOCITOS

LEUCOCITOS: 15.300 /mm³ NORMAL 4.000 a 10.000

WBC	91,8	EL			NORMAL	80 a 100
HGB	30,0	g/dL			NORMAL	26 a 36
HCM	32,7	g/dL			NORMAL	31 a 35
PLT	14,5	%			NORMAL	11 a 15

HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 43,4 % FEMININO 35 a 46 MASCULINO 41 a 53

HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL FEMININO 12 a 16 MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 4,72 PLT/mm³ FEMININO 4 a 5,2 MASCULINO 4,5 a 5,9

HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 4,72 PLT/mm³ FEMININO 4 a 5,2 MASCULINO 4,5 a 5,9

HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 4,72 PLT/mm³ FEMININO 4 a 5,2 MASCULINO 4,5 a 5,9

HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 4,72 PLT/mm³ FEMININO 4 a 5,2 MASCULINO 4,5 a 5,9

HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 4,72 PLT/mm³ FEMININO 4 a 5,2 MASCULINO 4,5 a 5,9

HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 4,72 PLT/mm³ FEMININO 4 a 5,2 MASCULINO 4,5 a 5,9

HEMATÓCRITO

HEMATÓCRITO: 4,72 PLT/mm³ FEMININO 4 a 5,2 MASCULINO 4,5 a 5,9





RESULTADO mg/dL 141	
REFERÊNCIAS NORMAL: 70 A 100 ALTERADO: INGESTÃO 100 A 125 SUGESTÃO DIABETES > 126	GLICOSE 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

LABORATÓRIO

FRONT... 2/338

Nº REQUIS.: 13540

EMISSION.: 26/06/2019

SEXO: M

IDADE....: 50

PACIENTE: PERSEU NEDEIROS DANTAS

CC 1604

COAGULOGRAMA

Material: SORO

Método: AUTOMÁTICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:

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

T.P. Controle.....: 12 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: 0,8 - 1,2

em uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TRONBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:

T.T.P.A. Paciente.....: 33 seg.

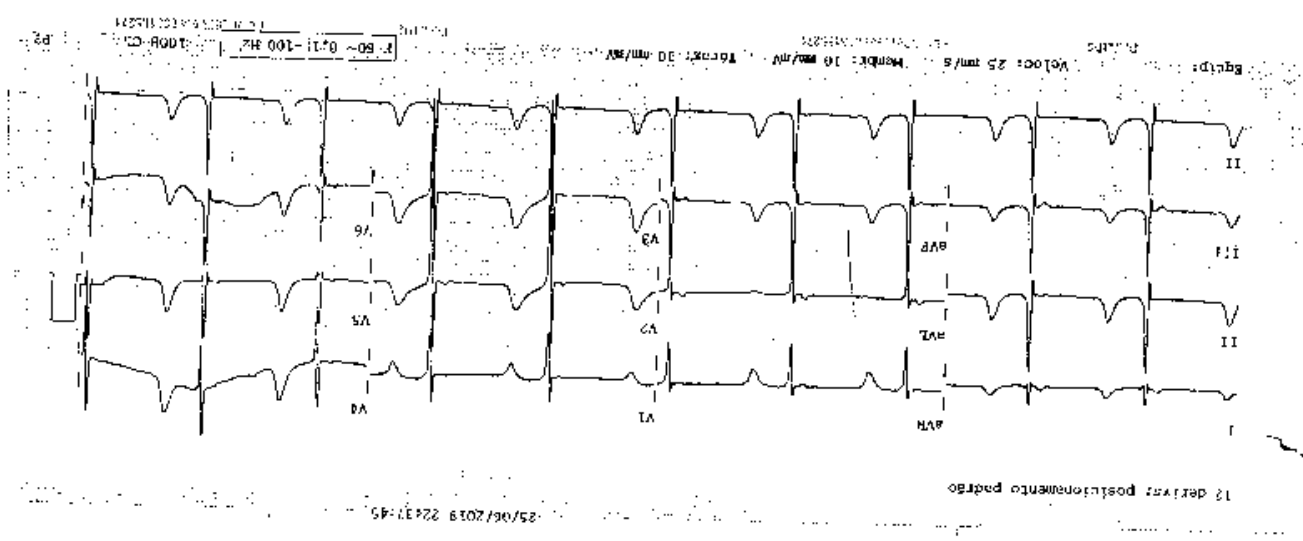
T.T.P.A. Controle.....: 35 seg.

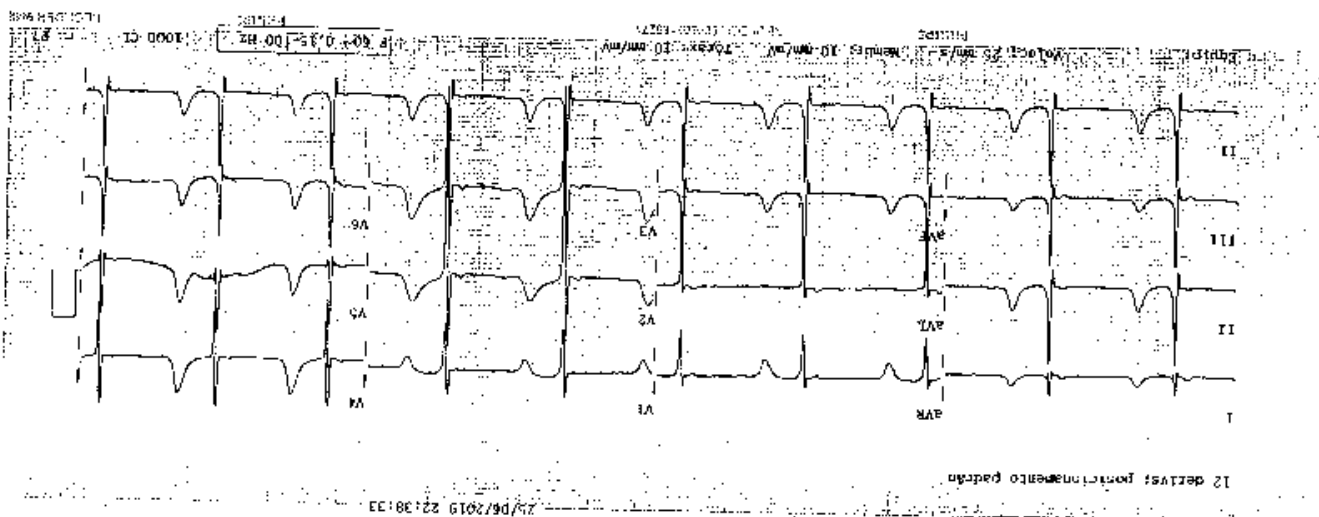
Valores de Referência:: 26 a 36 seg.

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

