



Número: **0855736-94.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/11/2017**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
AUTOR	RENATO DOS SANTOS TAVARES
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10838 000	14/11/2017 14:17	adm renato dos santos tavares	Outros Documentos
10838 020	14/11/2017 14:17	adm renato dos santos tavares bam	Outros Documentos
10838 031	14/11/2017 14:17	prot adm renato dos santos tavares	Outros Documentos
12351 525	07/02/2018 09:46	Despacho	Despacho
12627 924	19/02/2018 19:09	Expediente	Expediente
13066 077	14/03/2018 12:07	Petição	Petição
13066 103	14/03/2018 12:07	pet custas gratuidade renato dos santos	Informações Prestadas
13066 123	14/03/2018 12:07	contracheque renato	Outros Documentos
13066 125	14/03/2018 12:07	https://app.tjpb.jus.br/custasonline/paginas/custas/previas/custaspivas/resumo.jsf	Outros Documentos
17848 975	19/11/2018 19:56	Despacho	Despacho
18867 277	28/01/2019 15:57	Mandado	Mandado



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Renato dos Santos Tavares

PORTADOR(A) DO RG Nº 2523409 EXPEDIDO POR SGP IPB EM 28/03/16.
CPF 008729614-43 /CNPJ

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Renato dos Santos Tavares AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador determina que todas as seguradoras devem constar no seu cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação, informações acerca da profissão e da taxa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** de forma alguma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário da Função Pública;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME - ME (micro empresarial), EPPA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL (atenção para o limite de movimentação financeira mensal);
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada no documento;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada (fotocópias) ou escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso da Carteira de identidade com impressão de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 47347-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 47347-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

1 Pousada - 24 de Maio de 2017 Renato dos Santos Tavares
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s beneficiário/s diretamente), indenização de R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas de um acidente) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatnet.com.br ou ligue para o SAC DPVAT (0800-0771204).

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0037 - TRINCHEIRAS, PB

DATA: 24/05/2017

TERMINAL: 1002

NSU: 001324

HORA: 14:36:26

AUT.: 0089

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0037/013/00.047.347-6

NOME: RENATO DOS SANTOS TAVARES

DEPOSITANTE:

O P

VALOR TOTAL:

20,00

VALOR DINHEIRO:

20,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1a Via - Via Cliente

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Renato dos Santos Tavares,

RG nº 2523409, data de expedição 28/03/16, Órgão SSP/PB

CPF nº 008 729 614-43 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>Rua Góes Vieira Nogueira</u>
Número	<u>Nº 15.</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Ragur</u>
Cidade	<u>João Pessoa. PB</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58020 100</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 1. Pessoa. 24-05-2017

Assinatura do Declarante: Renato dos Santos Tavares

RENATO DOS SANTOS TAVARES
RUA GOIÁS/ANIBREGA, 15 / CASA D. RÔDER
JOÃO PESSOA/PB CEP 58020-100 (A3-1)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO
Rótulo 6 - 1.390-4800
Nº medidor 00001081815

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDOR DE ENERGIA/SA
Br 230, Km 25 - Cintia Reinalda - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Referência Jan/2017
Emissão: 11/01/2017

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N°000443178
Código para Diálogo Automático: 00011444008

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

Conta referente a:

UC (Unidade Consumidora) 5/1144490-8

Jan / 2017

Apresentação

11/01/2017

Data prevista da
próxima leitura:

08/02/2017

CPF/ CNPJ/ RANI:

872881443
Insc. Estadual:

Faturas em atraso:

3/2016

Anterior:

Data

Lerura

Atual

Constante

Consumo

Dias

Data

Lerura

Data

Lerura

Quantidade

Preço

Valor (R\$)

12/12/16 28109 11/01/17 28182 73 29

3/2016

Demônstrativo:

Descrição

Consumo em kWh

ICMS

PIS

COFINS

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIB SERV LUM PÚBLICA

1.69

32,13

11,81

0,48

2,21

Histórico de Consumo
(kWh)

Dez/16

Nov/16

Out/16

Sep/16

Ago/16

Jul/16

Jun/16

Mai/16

Abr/16

Mar/16

Fev/16

Jan/16

Média dos últimos meses

89

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	48,43	25,00	11,81
PIS	48,43	1,0400	0,48
COFINS	48,43	4,2001	2,21

VENCIMENTO:

18/01/2017

TOTAL A PAGAR:

R\$ 48,29

d66a.daf4.46ed.089a.9389.de0d.0390.94fb.

Composição do valor total da fatura:

Indicadores de Qualidade

1/2016 - Custo da energia

Limites da ANEEL

Ajustado

Limites de Tensão (V)

NOMINAL

220

CONTRATADA

LIMITE INFERIOR

202

LIMITE SUPERIOR

231

Descrição

Valor (R\$)

%

Serviços de Dist. de Energia e PB

12,21

25,29

Compra de Energia

14,78

29,57

Serviço de Transmissão

0,34

1,74

Encargos Sistêmicos

4,20

8,94

Impostos Diretos e Encargos

18,15

32,48

Outros Serviços

0,00

Total

48,29

100,00

Valor do USD (Ref 11/2016) R\$1,00

ATENÇÃO:

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00296.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00296.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 13:03 horas do dia 15 de fevereiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Agente de Investigacao do seu cargo, ao final assinado, compareceu Renato dos Tavares, CPF nº 008.729.614-43, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico Em Maquina de Engenharia, filho(a) de Maria Pereira dos Santos e Cosmo Tavares da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/02/1981 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Gouveia Nóbrega, Nº 15, bairro Roger, tendo como ponto de referência Ao Lado da Bica, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98718-6870.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Ao Arco de Entrada de Jacumã, João Pessoa/PB; ; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/12/14 18:00h. Tipificação: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 20/12/2014, por volta das 18:00hs, quando conduzia a motocicleta de marca DAFRA /SPEED 150, de cor preta, ano 2008, de placa MOE-7075/PB, CHASSI: 95VCA1F288M016656, registrada em nome do notificante, por uma rua no distrito jacumã, no município do CONDE/PB, um veículo não identificado atingiu sua motocicleta e em decorrência desse fato o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo vindo a sofrer LUXAÇÃO GLENO-UMERAL ESQUERDA, sendo socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta capital.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de fevereiro de 2017.

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente de Investigacao

Renato dos Santos Tavares
RENATO DOS TAVARES
Noticiante

DECLARAÇÃO DE AUSENÇA DE LAUDO DO IML

Eu, Renato dos Santos Tavares, portador da carteira de identidade nº 2523409 e inscrito no CPF/MF sob o nº 008 729 614-43 residente e domiciliado na Rua Gonçalves Wohrga N° 15 B. Roger Cidade José Ressa, Estado Panama, 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:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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.

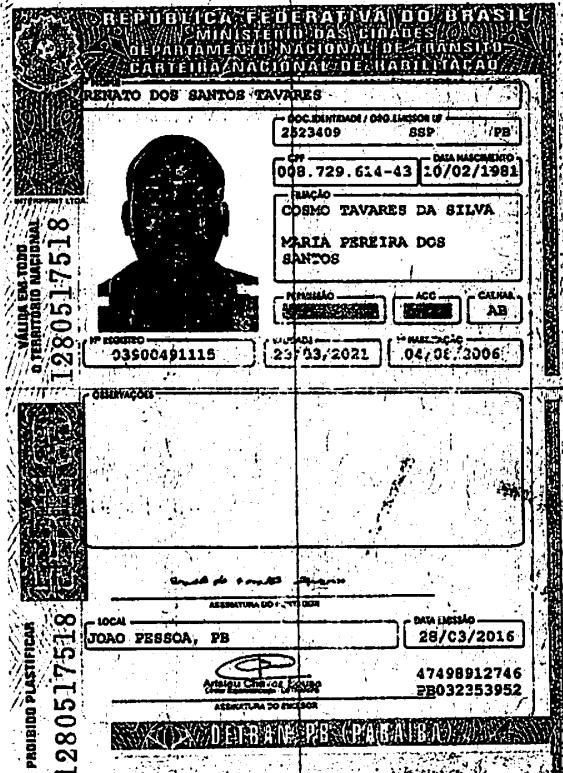
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Renato dos Santos Tavares

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

J. Ressa, 24. 05 - 2017

Local e data



987476870

	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
<h2>LAUDO MÉDICO</h2>		
<h3>INFORMAÇÕES PESSOAIS</h3>		
NOME DO PACIENTE	RENATO DOS SANTOS TAVARES	
DATA DE NASCIMENTO	10/02/81	
NOME DA MÃE	MARIA PEREIRA DOS SANTOS	
<h3>DADOS EXTRAÍDOS</h3>		
BOLETIM DE ENTRADA N.º	802.253	
PRONTUÁRIO N.º	85.145	
DATA DO ATENDIMENTO	20/12/14	
HORA DO ATENDIMENTO	20:01	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO	
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO GLENO-UMERAL ESQUERDA	
CID 10	V 29 + S 43.0	
<h3>AVALIAÇÃO INICIAL:</h3>		
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, RESGATADO PELO SAMU, APRESENTANDO LUXAÇÃO GLENO-UMERAL ESQUERDA. GLASGOW 15.		
<h3>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</h3>		
RX DE TÓRAX		
RX DO OMBRO ESQUERDO- RELATO COT-	LUXAÇÃO GLENO-UMERAL ESQUERDA	
RX DO BRAÇO ESQUERDO		
RX DO COTOVELO ESQUERDO		
<h3>TRATAMENTO:</h3>		
PACIENTE SUBMETIDO À REDUÇÃO INCRUENTA SOB ANESTESIA DE LUXAÇÃO GLENO-UMERAL ESQUERDA. PROCEDIMENTO REALIZADO POR DR. HEISEMBERG.		
ALTA HOSPITALAR:	21/12/2014	
DATA DA EMISSÃO:	07/12/2016	
Dr. Joacila Braga Brandão CRM: 1741/PB		

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

B A

Cruz Vermelha Brasileira


 Hospital Estadual de Emergência e Trauma
 Senador Humberto Lucena


Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joco Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (083) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 802263

Identificação do paciente				
Nome	RENATO DOS SANTOS TAVARES			Sexo Masculino
Idade	33 anos 10 meses 10 dias	Estado civil	Religião EVANGELICA	Prontuário
País	MARIA PEREIRA DOS SANTOS			
Responsável (Parentesco)	EVANGELICA			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento NAO INFORMADO	Nº Cns		
Local de procedência				
E-mail	Naturalidade	Type	UF	
NAO INFORMADO		CBO/R		
Endereço				
CEP	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Anísio Salatiel		
Número	Complemento	Bairro Roger		
Admissão				
Data e Hora Prevista 20/12/2014 20:01:23	Número da pulseira 1000003078296	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente SAMU			
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Vôo de ambulância Sim	Trauma	
Modo de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA	X mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Ralo []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por JOSE ELECIA ARAUJO DA SILVA				CID
				Tempo 03min 30seg

Imprimir

Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MEDICO

B.E.

--

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	DATA
-------------------	--------	------

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA		
<i>to / debole / exalto / queimar, com dor / dor / dor / dor espaco (Fratura) / osso / ossos sangue</i>		

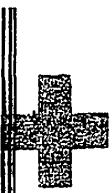
EXAME PRIMARIO	
VIAS AÉREAS: <input checked="" type="checkbox"/> Périvas <input type="checkbox"/> Obstruídas CERVEL AL IMMOBILIZADA: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não VENTILAÇÃO: TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: <input type="checkbox"/> Sem dificuldade <input checked="" type="checkbox"/> Com dificuldade VENTILAÇÃO MECÂNICA: <input checked="" type="checkbox"/> ABSENCIA: <input checked="" type="checkbox"/> AUSCULTA PULMONAR: 1- MURMÚRIO VESICULAR: <input type="checkbox"/> Presente e normal <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal HTD: <input type="checkbox"/> Rude <input checked="" type="checkbox"/> HTE <input type="checkbox"/> Rude <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Diminuído <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente 2- RUIDOS: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não HTD: <input type="checkbox"/> Rechos <input checked="" type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores <input type="checkbox"/> Boccos <input checked="" type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores FR: <input type="checkbox"/> Imp <input checked="" type="checkbox"/> SaO ₂ % 	
CIRCULAÇÃO COR DA PELE: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cyanótica <input type="checkbox"/> Pletórica <input type="checkbox"/> Vermelha TEMPERATURA DA PELE: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria PULSO: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Ausente AUSCUTA CARDÍACA RÍTIMO: <input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Ausente BULHAS: <input type="checkbox"/> Normotónicas <input checked="" type="checkbox"/> Hipotónicas <input type="checkbox"/> Hipotónicas <input checked="" type="checkbox"/> Ausente SOPRO: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente BE OU B4: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não FC: bmp PA X mmHg T: °C ECG: <i>fractado</i> ABDOMEN: <i>DRCO</i>	

DÉFICIT NEUROLOGICO	
Pupilas: <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input checked="" type="checkbox"/> Paralisadas <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas (diferença ... mm) Escala de Glasgow: <i>15</i>	

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Esponjanea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
TOTAL				Nenhuma	1

F(NG).CC.001-1

EXAME SECUNDÁRIO																																													
ALERGIA:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____																																												
MEDICAMENTOS:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____																																												
IMUNIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____																																												
PATOLOGIA	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____																																												
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____																																												
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado →																																												
<table border="0"> <tr> <td>1 Abrasão</td> <td>19 Fratura Óssea Fechada</td> </tr> <tr> <td>2 Amputação</td> <td>20 Fratura Óssea Aberta</td> </tr> <tr> <td>3 Avulsão</td> <td>21 Hematoma</td> </tr> <tr> <td>4 Contusão</td> <td>22 Ingurgitamento Nervoso</td> </tr> <tr> <td>5 C积水</td> <td>23 Lacerção</td> </tr> <tr> <td>6 Dor</td> <td>24 Lesão Tendinea</td> </tr> <tr> <td>7 Edema</td> <td>25 Luxação</td> </tr> <tr> <td>8 Empalamento</td> <td>26 Mordedura</td> </tr> <tr> <td>9 Efisema subcutâneo</td> <td>27 Movimento torácico paradoxal</td> </tr> <tr> <td>10 Esmagamento</td> <td>28 Objeto Encravado</td> </tr> <tr> <td>11 Equimose</td> <td>29 Otorragia</td> </tr> <tr> <td>12 F. Arma Branca</td> <td>30 Paralisia</td> </tr> <tr> <td>13 F. Arma de Fogo</td> <td>31 Paresia</td> </tr> <tr> <td>14 F. Contuso</td> <td>32 Parestesia</td> </tr> <tr> <td>15 F. Cortante</td> <td>33 Queimadura</td> </tr> <tr> <td>16 F. Corte-Contuso</td> <td>34 Rinorrágia</td> </tr> <tr> <td>17 F. Perfuro-Contuso</td> <td>35 Sinais de Isquemia</td> </tr> <tr> <td>18 F. Perfuro-Cortante</td> <td>36</td> </tr> </table>		1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada	2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta	3 Avulsão	21 Hematoma	4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso	5 C积水	23 Lacerção	6 Dor	24 Lesão Tendinea	7 Edema	25 Luxação	8 Empalamento	26 Mordedura	9 Efisema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal	10 Esmagamento	28 Objeto Encravado	11 Equimose	29 Otorragia	12 F. Arma Branca	30 Paralisia	13 F. Arma de Fogo	31 Paresia	14 F. Contuso	32 Parestesia	15 F. Cortante	33 Queimadura	16 F. Corte-Contuso	34 Rinorrágia	17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia	18 F. Perfuro-Cortante	36								
1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada																																												
2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta																																												
3 Avulsão	21 Hematoma																																												
4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso																																												
5 C积水	23 Lacerção																																												
6 Dor	24 Lesão Tendinea																																												
7 Edema	25 Luxação																																												
8 Empalamento	26 Mordedura																																												
9 Efisema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal																																												
10 Esmagamento	28 Objeto Encravado																																												
11 Equimose	29 Otorragia																																												
12 F. Arma Branca	30 Paralisia																																												
13 F. Arma de Fogo	31 Paresia																																												
14 F. Contuso	32 Parestesia																																												
15 F. Cortante	33 Queimadura																																												
16 F. Corte-Contuso	34 Rinorrágia																																												
17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia																																												
18 F. Perfuro-Cortante	36																																												
OBS.: _____																																													
QUEIMADURA:	Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura: <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> 3º grau																																												
EXAMES SOLICITADOS																																													
<input type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Lavado peritoneal <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea																																													
PROCEDIMENTOS REALIZADOS																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th>CÓDIGO</th> <th>ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td><i>Lavado peritoneal</i></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td><i>Lavado peritoneal</i></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td><i>Lavado peritoneal</i></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td><i>Lavado peritoneal</i></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td><i>Lavado peritoneal</i></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td><i>Lavado peritoneal</i></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td><i>Lavado peritoneal</i></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO	1	<i>Lavado peritoneal</i>			2	<i>Lavado peritoneal</i>			3	<i>Lavado peritoneal</i>			4	<i>Lavado peritoneal</i>			5	<i>Lavado peritoneal</i>			6	<i>Lavado peritoneal</i>			7	<i>Lavado peritoneal</i>			8				9				10			
	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																										
1	<i>Lavado peritoneal</i>																																												
2	<i>Lavado peritoneal</i>																																												
3	<i>Lavado peritoneal</i>																																												
4	<i>Lavado peritoneal</i>																																												
5	<i>Lavado peritoneal</i>																																												
6	<i>Lavado peritoneal</i>																																												
7	<i>Lavado peritoneal</i>																																												
8																																													
9																																													
10																																													
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO																																													
Solicito parecer da _____	<i>Oncogelado</i>	às _____ do dia _____																																											
Solicito parecer da _____		às _____ do dia _____																																											
DESTINO DO PACIENTE																																													
DATA	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico																																												
DA _____	<input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde)																																												
SAÍDA _____	<input type="checkbox"/> Internado (setor)																																												
HORAS: _____	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A revalia <input type="checkbox"/> Desistência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs. <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO																																												
ASSIN	ASSIN																																												
ATURA/CARIMBO	ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL																																												



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



~~CEU VERMELHA
BRASILEIRA~~

BE/PRONTUÁRIO



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPNE

Número: Ronald Paciente: Ronald Sombra
Procedimiento: Reducción incompleta de fractura tibial y peroné proximal.
SUS: (X) No sus. Médico: Colenks + Flamentberg +

SF Data: 20/12/14
Pronunciado: 804253
Número: 20/12/14
Reposição: _____
Caixa Postal:

10.000-15.000 m²

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM
Dr. Bento Paes Lima Pereira
Médico Anestesiologista
CRM 62083-10-8

WUWACHENDELS - 264 - 682
ASSISTENZA ENFERMIGEM - COREN

Assinatura circulante Responsável
3894-328
Ronaldo Pimentel
RJN/GAPC/013-2



**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

Número: Ronatto Paciente: Ronatto
Procedimento: Órteses incisivas de encastre tómbolo manual
SUS: (X) Na SUS Médico: Dr. Reberth + Flámmberg +

Data: 20/12/14

Prontuário: 801253

Dia: 20

Mês: Dez

Ano: 2014

Caixa Pronta: _____

DISPENSAÇÃO CMF			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS
DISPENSAÇÃO FARMÁCIA			
"	"	01	01
01 Agulha de Téxto	n: 150		

Assinatura do Médico - CRM
Dr. Bento Passos Lima Ferreira
 Médico Anestesiologista
 CRM: 6208310-8

Wanderson Gomes - 267.082
 ASSINATURA ENFERMAGEM - COTINHO

Mauro Brum
 ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL.
 384-3-28
 FNC APC 013-2

Anexo II

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES			
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
<i>Renato dos Santos Alves</i>			802253			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO
			/ /			Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO			Nº DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA)			14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)						
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO						
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
22 - DIAGNÓSTICO GERAL			23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)						
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
<i>Renova invenção de luxo e vascular</i>						
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE						
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			31 - QTDE
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - QTDE
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			37 - QTDE
38- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO						
<i>01 agulha de Plexo A50-</i>						
PROFISSIONAL SOLICITANTE						
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40. DATA DA SOLICITAÇÃO			
						<i>20/11/2014</i>
41. DOCUMENTO		42. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			43. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF				
Autorização						
44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45. CÓD. ORGÃO EMISSOR			46. DATA DA AUTORIZAÇÃO
						/ /
47. DOCUMENTO		48. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF				

Anexo II

Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <input type="text"/>		
Identificação do Paciente		5 - NOME DO PACIENTE <input type="text"/> Nenato dos Santos Ferreira 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 802253 <input type="checkbox"/> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 8 - DATA DE NASCIMENTO <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 9 - SEXO <input type="checkbox"/> Masc. 1 <input type="checkbox"/> Fem. 3 <input type="checkbox"/> 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 15 - UF <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 16 - CEP <input type="text"/>		
17- NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
- 18- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19- CÓD PROcedimento - ANTERIOR <input type="text"/>		
- 20- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21- CÓD PROcedimento - MUDANÇA <input type="text"/>		
- 22- DIÁRIO CLÍSTICO GERAL <input type="text"/>		23- CID 10 PRINCIPAL <input type="text"/>	24- CID 10 SECUNDÁRIO <input type="text"/>	25- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <input type="text"/>
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
- 26- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="text"/> Resposta imediata de serviço funeral		27- CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="text"/>		
- 28- SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
- 29- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> 31- QTDE. <input type="text"/>		
- 32- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> 34- QTDE. <input type="text"/>		
- 35- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> 37- QTDE. <input type="text"/>		
38- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
1 agulha de Plexo A50-				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40. DATA DA SOLICITAÇÃO 20/11/2014		
41. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="text"/>		43. ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <input type="text"/>
AUTORIZAÇÃO				
44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45. CÓD. ORGÃO EMISOR <input type="text"/> 46. DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		
47. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="text"/>		49. ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <input type="text"/>



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Renato dos Santos Tavares BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 20/12/14
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Redução luxação glenoumeral esq.
 Cirurgião: H. Henriquez 1º Assistente: Dr. Roberto Santos
 2º Assistente: In Renné RS 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Bloqueio espinal Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____
laringo.

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<u>Luxação glenoumeral esq.</u>		<u>5420</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução sob anestesia;</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Maria Gorete do A. Monteiro
 Matr.: CRM-PB 1938
 CNS - 980016278500529
 Diretoria de Regulação, SMS
 Mat. 23.n81-2

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Jefferson Pinheiro Diaz
 Traumato-Ortopedista
 CRM-PB 5762

João Pessoa, 20/12/14

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Frontal em DOL sob bloqueio do plexo braquial

Incisão:

Achados:

Conduta:

L Redução de luxação glenoumeral em reto antero,

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM: _____

Silvana Pinheiro Diaz
Traumatologista
CRM-PB 5752

João Pessoa, 26/12/14

F(NG).ASCIR.0001



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

Nome: <u>Rento dos Santos Tavares</u>	BE/Prontuário:		
Idade: _____	Sexo: (<input checked="" type="checkbox"/>) Masculino (<input type="checkbox"/>) Feminino	Cor: _____	Data: <u>20/12/14</u>
Clínica/Setor: <u>Ortopedia</u>	EMP: _____	LR: _____	
Cirurgia: <u>Redução de luxação - Glenohumeral esq</u>			
Cirurgião: <u>H. Henriquez</u>	1º Assistente: <u>Dr. Roberto Santos</u>		
2º Assistente: <u>Dr. Henrique Re</u>	3º Assistente: _____		
Instrumentador: _____	Anestesista: _____		
Tipo de Anestesia: <u>Bloqueio de plexo</u> <u>pragmico</u>	Horário: Início _____ : _____	Término _____ : _____	

Brasas.	Diagnosticos Post-Operatorio	CID
	Lesión ófendamental erg.	5420

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Redução sob anestesia;	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ()Sim ()Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ()Sim (✓)Não

Evacuamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

()Enfermaria ()Terapia Intensa ()Residência ()Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Stefferson Pinheiro Dá^{ci}
Traumato-ortopedia
CRM-PB 5752

João Pessoa, 20/12/14

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DOL, sob bloqueio da pleura parietal

Incisão:**Achados:****Conduta:**

Redução de luxação glenoumeral em rota anterolateral

Fechamento:**Observação:**

Médico/CRM:

Jefferson Pinheiro Diniz
Traumato-ortopedista
CRM-PB 5762

João Pessoa, 28/12/16

F(NG).ASCIR.000-1



Nota de Sala Cirúrgica

HEETSU

NOSSO DO PACIENTE:	Romulo dos Santos Tavares				
DATA:	33 DE 80225 PRONTUÁRIO:	ENFERMAGA:	LEITO:		
CIRURGIA:	Ressecção de lesão em orelha.				
CIRURGO:	DR. ROQUE	DR. HANSERBERG			
ANESTESIA:	BLOQUEIO de Bloco				
ANESTESISTA:	DR. Bento				
INSTRUMENTADOR:	—				
DATA:	01.12.14	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 07:30	CIRURGIA: INÍCIO: FIM: 22:00		
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALBENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUTIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUTIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DISPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N° 3,0	1
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	
FILMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	
SEFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
SEBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
SEBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO N°	
SECAINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°	
SECAINA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL N°7,5		FIO POLIGLECAPRONE N°	
MUSIZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL N°8,0		FIO SEDA N°	
METINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIÁCA	
NATUBITUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PACURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PERDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROFOROL	AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RALIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SUFAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°	
TENSITAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST ABSORVÍVEL	
ADMENALINA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR	
ALBOPINA	CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT. PAM	
BISICTRA	CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CERAZOLINA	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA	
DEAMETASONA	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
DEIRONA SÓDICA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
DEIRONA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
FUNOSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
Glicose 5%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS			PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LEBECALINA GELÉIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
OXIGASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPI	QTD. FIOS	QTD.	() ASPIRADOR	
TEIXOCIAN	ESPARADRAPO			() BISTURI ELÉTRICO	
	GAZES			() CAPNÓGRAFO	
	GAZES ALGODOADAS			() CÁRDIONITOR	
	GEL ELETROLÍTICO			() DESFIBRILADOR	
	JELCO N°14			() FOCO AUXILIAR	
	JELCO N°16			() FOCO CENTRAL	
	<i>Rincão de</i> <i>Placa (angulus)</i>			() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

20/3/14 3:13

FONG ASCR 021-7

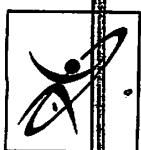


Nota de Sala Cirúrgica

HECTHL

NOSSO DO PACIENTE:	Romulo dos Santos Carvalho					
DATA:	33 DE 80225	PRONTUÁRIO:	LEITO			
CIRURGIA:	Ressecção de exérise + enxerto muscular.					
CIRURGIÃO:	H.º ROBERTO LIMA	Assistente:				
ANESTESIA:	Bloqueio de Plexo					
ANESTESISTA:	DR. Bruno Paes Lima					
INSTRUMENTADOR:	- -					
DIA: 01/12/14	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 09:30	CIRURGIA: INÍCIO: 10:00	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: FIM: 22:00			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)						
ASA I (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)						
GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.	SOLUÇÕES	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALBUTANILA			JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CRAMINA			JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DREPÉRIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº 3,0	1
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVP DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVP TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
SOR. URANO	PVP TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEB-BUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENKERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEB-BUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEB-CAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEB-CAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIBAZOLAN	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MIRTINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDIACA	
NUBUBUM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PACURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PREDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RADIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEOFURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUFAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
THIETAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 2ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
AMBENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
BRENTA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DICLOMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DIETRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASO. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
DIODINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASO. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
FUNOSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOCIANATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HEPACORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LEB-CAÍNA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
OPASSENTONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PIASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PRISTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PRISTAMINA		ESPOONJA DE PVP	FIOS	QTD.	() ASPIRADOR	
TEIXOCIAN		ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A Nº		() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES	FIO ALGODÃO S/A Nº		() CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A Nº		() CÁRDIONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A Nº		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14			() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16			() FOCO CENTRAL	
		<i>Bloqueio de Plexo (angulus)</i>			() MICROSCOPIO	
					() OXÍMETRO DE PULSO	
					() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
					() PERFURADOR ELÉTRICO	
					() SERRA	
Marcos / Regaudine						
20/12/14 3:19 FON: LASCR 021						

GLICOSE	(1) Furosemida	(5) Novocaina 2% + plaflox + 30ml
NACL	(2) Bloq. Plexo braçal Exa. 7 keflexol 200mg	
SANGUE	3 via anti coagulante -	(6) Admet 60g/ ent.
RINGER	400 ml lidocaína 2% Gabarol	9
TOTAL	\$1.200,00	10
DESTINO DO PACIENTE	APT. <input type="checkbox"/>	ENFERM. <input type="checkbox"/>
ASSINATURA DO ANESTESISTA	Dr. Bruno Paes Lima Ferreira Médico Anestesiologista	
	CRM 5268310-8	



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

FICHA DE
ANESTESIA

DATAS	PACIENTE	SEXO	COR	IDADE	REGISTRO					
20/12/10	Ricardo da Souto Tavares	M	B	33	202053					
HOSPITAL	CATEGORIA	ACOMODAÇÃO	ENDEREÇO DO PACIENTE - FONE							
trauma	Urgência - Eney									
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO					
140x80 mmHg	90 b/m	Ts 36,5	36,5	90 kg						
ESTADO GERAL	BOM <input checked="" type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MAU <input type="checkbox"/>	PESSIMO <input type="checkbox"/>	RISCO CIRÚRGICO					
					BOM <input checked="" type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	MAU <input type="checkbox"/>	PESSIMO <input type="checkbox"/>		
EXAMES COMPLEMENTARES										
AP. RESPIRATÓRIO	Volumen Serr R4.		AP. CIRCULATÓRIO	200-2 fases a						
AP. DIGESTIVO	Resonha flórida	ESTADO MENTAL	lúcido	DROGAS EM USO						
PRÉ ANESTÉSICO DOSE/MORA	Serr MPA.				ESTADO FÍSICO (ASA)					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Laringe pto branco em				1	2	3	4	5	6
CIRURGIA REALIZADA	Redutor de ferimento de laringe pto branco									
CIRURGIÃO	Dº Roberto / Dº Rosenberg		AUXILIARES							
INÍCIO DA ANESTESIA	21:05	TÉRMINO DA ANESTESIA	22:00	DURAÇÃO DA ANESTESIA						
IGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE OH		VALOR R\$							
ANESTESISTA	Dr Bruno Paes	CPF	— — —		CRM 5268310-8					
JTE / HORA	21:25	22								
LÍQUIDOS										
VENOSOS										
PULSO										
CÓDIGOS CIRÚRGICO										
ESTÔMICO										
DIÁSTOLICA										
ARTERIAL										
ANOTACOES										
SETORIZAÇÃO										
<input type="checkbox"/> P. ARTERIAL	<input type="checkbox"/> RAQUIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS				
<input type="checkbox"/> E.C.G.										
<input type="checkbox"/> OX. PULSO										
ANESTÉSICO GERAL										
TÉCNICA	Bloco de pleno roxo e									
LÍQUIDOS	VOLUME EM ML	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO								
GLICOSE	1 Marloniz	(5) Novocain 2% + flutax + 30ml + 8%								
NACL	2 Bloco pleno bisomf Esq	7 kefazol 2gr								
SANGUE	3 via dextro colônico -	(8) Ademic 6p/ent.								
RINGER	400 ml hidrocort 2% Gabarol	9								
TOTAL	5000 ml	10								
DESTINO DO PACIENTE	APT* <input type="checkbox"/>	ENFERM. <input type="checkbox"/>	UTI <input type="checkbox"/>	RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>					
ASSINATURA DO ANESTESISTA	Dr. Bruno Paes Lima Ferreira Médico Anestesiologista CRM 5268310-8									

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Renato dos Santos Tavares

Qualificação: Eletricista

CPF/MF: 008 729 614-43 RG: 2523409-SSP/PB

Endereço: Rua Gonçalves Nobreza N° 15 Bairro Roger
ao lado da Bica.

OOUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Assinatura

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

Outorgante

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declaro ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família; e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa - PB, 26 de Mai de 2017.

Renato dos Santos Tavares
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0272938/17

Vítima: RENATO DOS SANTOS TAVARES
CPF: 008.729.614-43

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/12/2014

Titular do CPF: RENATO DOS SANTOS TAVARES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

RENATO DOS SANTOS TAVARES : 008.729.614-43

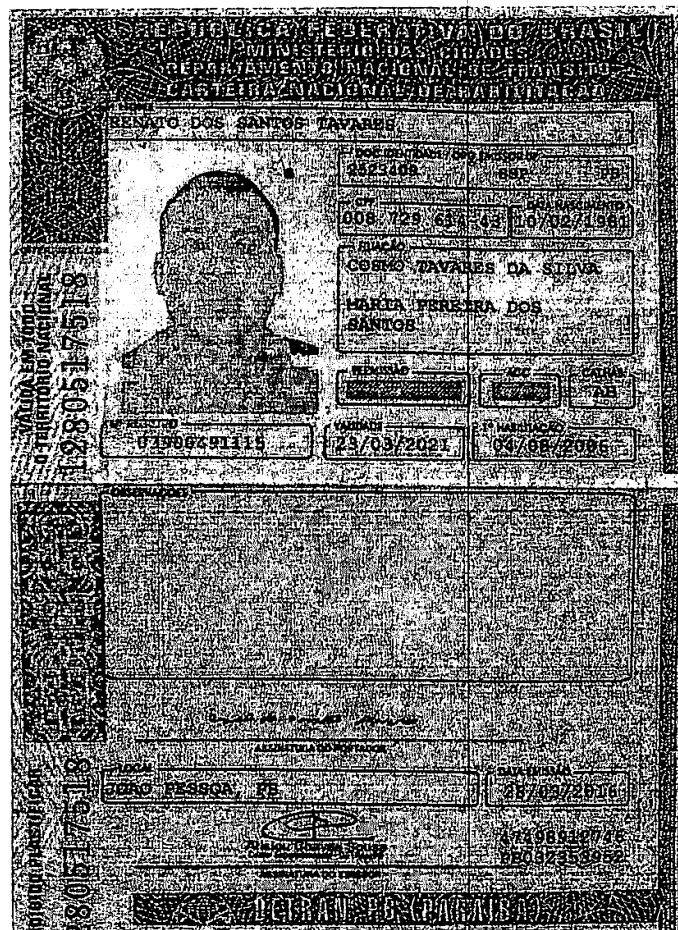
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 17/07/2017 Nome: RENATO DOS SANTOS TAVARES CPF/CNPJ: 008.729.614-43	Data: 17/07/2017 Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa CPF: 423.820.764-53
RENATO DOS SANTOS TAVARES	Sandra Maria Accioly Pedrosa





**Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7)

0855736-94.2017.8.15.2001

AUTOR: RENATO DOS SANTOS TAVARES

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Vistos, etc.

Compulsando os autos, verifico na exordial o requerimento do benefício da justiça gratuita. Entretanto, embora o CPC, em seu art. 98, confira a possibilidade da concessão do benefício da gratuitade judiciária aos necessitados, quais sejam, aqueles que não têm condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio ou da própria família, não é defeso ao magistrado aferir a real capacidade financeira do postulante, conforme entendimento jurisprudencial.

Desta forma, intime-se a parte promovente para acostar aos autos as duas últimas declarações de imposto sobre a renda e o valor das custas processuais cobradas no presente processo como forma de comprovar sua real impossibilidade de arcar com o pagamento. Prazo de 10 (dez) dias, sob pena de indeferimento da gratuitade requerida.

João Pessoa, 1 de fevereiro de 2018

Juiz(a) de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7)

0855736-94.2017.8.15.2001

AUTOR: RENATO DOS SANTOS TAVARES

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Vistos, etc.

Compulsando os autos, verifico na exordial o requerimento do benefício da justiça gratuita. Entretanto, embora o CPC, em seu art. 98, confira a possibilidade da concessão do benefício da gratuitade judiciária aos necessitados, quais sejam, aqueles que não têm condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio ou da própria família, não é defeso ao magistrado aferir a real capacidade financeira do postulante, conforme entendimento jurisprudencial.

Desta forma, intime-se a parte promovente para acostar aos autos as duas últimas declarações de imposto sobre a renda e o valor das custas processuais cobradas no presente processo como forma de comprovar sua real impossibilidade de arcar com o pagamento. Prazo de 10 (dez) dias, sob pena de indeferimento da gratuitade requerida.

João Pessoa, 1 de fevereiro de 2018

Juiz(a) de Direito

anexa

**EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4^a VARA CÍVEL
DA COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

RENATO DOS SANTOS TAVARES, já qualificado nos autos, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, perante Vossa Excelência, complementando o cumprimento do despacho retro, informar e requerer o que segue:

Foi determinada que a parte Autora trouxesse aos Autos comprovante de renda, inclusive Declaração de Imposto de Renda a fim de comprovar seu pedido de Justiça Gratuita.

Ocorre que a Promovente trabalha como técnico de manutenção, não possuindo qualquer tipo de renda que possibilite o pagamento das custas processuais.

Ainda, realizada a simulação das custas para a presente demanda, verifica-se que o valor compromete muito o seu sustento:

Custas Prévias - Resumo

Comarca:	Joao Pessoa
Promovente:	RENATO DOS SANTOS TAVARES
Promovido:	BRADESCO SEGUROS
Classe Processual:	PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7
Valor da Causa (R\$):	13.500,00

Rua Quintino Bocaiuva, 358 - Sala 04 - Torre - João Pessoa - PB
Fones: (83) 8701.9090 / 8863.6133 - Email: advclima@hotmail.com

Valor das Custas (R\$):	954,60
Valor da Taxa Judiciária (R\$):	202,50
Valor das Despesas Postais (R\$):	0,00
Despesas com Mandados (R\$):	47,73
Tarifa Bancária (R\$):	1,35
Valor Total (R\$):	1.206,18 (25,27 UFR)

Valor da UFR (Valor Fiscal de Referência): R\$ 47,73

Sendo assim, reitera o pedido do **BENEFÍCIO DA JUSTIÇA GRATUITA**, nos seguintes termos:

A Promovente atualmente não possui recursos financeiros para arcar com as despesas processuais da presente ação, sem comprometer a manutenção de sua família fazendo jus aos benefícios da Justiça Gratuita nos termos da Lei nº. 1.060/50.

Porquanto, a parte Autora, embora esteja acompanhada por seus advogados, no momento não está em condições para custear as despesas processuais da presente ação, *sub examen*, não podendo arcar com as despesas do processo, e assim, resta-lhe tão-somente recorrer à Justiça para lhe conceder os **BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA**.

Ex vi legis.

O pedido tem amparo no teor do Art. 2º, Parágrafo Único da Lei nº. 1.060/50 que assim preconiza. *Verbis*:

*"Gozarão dos benefícios desta lei os nacionais ou estrangeiros residentes no País, que necessitarem recorrer à justiça penal, civil, militar ou do trabalho.
Parágrafo único. Considera-se necessitado, para os fins legais, todo aquele cuja situação econômica não lhe permita pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo do sustento próprio ou da família".*

Dito isto, requer à Vossa Excelência, digne-se em **LIMINARMENTE**, deferir os **BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA** as mesmas, nos termos dos Arts. 2º, 4º e 5º todos da Lei nº. 1.060/50 e Art. 98 do CPC. Por ser de **JUSTIÇA**.

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 13 de março de 2018.

Fabio Carneiro Cunha Lima
Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho
Advogada – OAB-PB nº. 11.968

Rua Quintino Bocaiuva, 358 - Sala 04 - Torre - João Pessoa - PB
Fones: (83) 8701.9090 / 8863.6133 - Email: advclima@hotmail.com

Recibo de Pagamento - Mês: 02/2018						
GESTEMAQ COMERCIO E SERVICOS LTDA - EPP						
JOAO MACHADO - ATE 0999/1000 Nº:1145-CENTRO-JOAO PESSOA-PB CNPJ:01995578000198						
Código	Nome do Funcionário	CBO	Emp.	Local Depto.	Setor	Seção FI.
00000001	RENATO DOS SANTOS TAVARES	-AUX TECNICO EM MANUTENÇÃO		-UNICO		-00872961443
Código	Descrição	Referências	Vencimentos	Descontos		
A01	SALARIO BASE		1.067,00			
A04	SALARIO FAMILIA	1	31,07			
A02	INSS			85,36		
U32	PENSAO ALIMENTICIA			286,20		
				Total de Vencimentos	Total de Descontos	
				1.098,07	371,56	
				Valor Líquido	726,51	
Salário Base	Base INSS	Base Cálc. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF	
1.067,00	1.067,00	1.067,00	85,36	1.067,00		
Admitido em 03/01/2011						
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO						
Assinatura do Funcionário						
Data						
<i>28/02/2018 Renato dos Santos Tavares</i>						

Custas Prévias - Resumo

Comarca:	Joao Pessoa
Promovente:	RENATO DOS SANTOS TAVARES
Promovido:	BRADESCO SEGUROS
Classe Processual:	PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7
Valor da Causa (R\$):	13.500,00
Valor das Custas (R\$):	954,60
Valor da Taxa Judiciária (R\$):	202,50
Valor das Despesas Postais (R\$):	0,00
Despesas com Mandados (R\$):	47,73
Tarifa Bancária (R\$):	1,35
Valor Total (R\$):	1.206,18 (25,27 UFR)

Valor da UFR (Valor Fiscal de Referência): R\$ 47,73



**Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7)

0855736-94.2017.8.15.2001

AUTOR: RENATO DOS SANTOS TAVARES

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

V i s t o s , e t c .

Defiro os benefícios da gratuidade judiciária em favor da parte autora.

Designe-se, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, audiência de conciliação, citando o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência, a teor do art. 334, CPC/15, intimando a parte promovente, através de seu advogado, para referido ato.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados

João Pessoa, 19 de novembro de 2018

Juiz(a) de Direito.



**Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Cível da Capital
Av. João Machado, s/n, Centro
João Pessoa – PB.**

PROCESSO NÚMERO: 0855736-94.2017.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: RENATO DOS SANTOS TAVARES

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Mandado Intimação Adv. Autor (audiência conciliação)

O MM. Juiz de Direito da vara supra, intimao(a) advogado(a) da parte autora para comparecer a audiência de conciliação designada no processo acima, **Tipo: Conciliação Sala: AUD INICIAL Data: 28/02/2019 Hora: 15:00**, na sala de audiências da 4ª. vara cível desta comarca. Devendo as partes observar o prazo do § 4º do art. 357, do NCPC. Fica desde já a parte autora intimada da audiência aprazadana pessoa de seu advogado, **em caso de não comparecimento, será sancionado com multa, punível no § 3º e 8º do art. 334 do NCPC.**

Advogado: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO OAB: PB11968 Endereço: desconhecido

João Pessoa, 28 de janeiro de 2019

EDVANIA MORAES CAVALCANTE PROENCA

Técnico Judiciário