



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	BRDESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10838000	14/11/2017 14:17	adm renato dos santos tavares	Outros Documentos
10838020	14/11/2017 14:17	adm renato dos santos tavares bam	Outros Documentos
10838031	14/11/2017 14:17	prot adm renato dos santos tavares	Outros Documentos
12351525	07/02/2018 09:46	Despacho	Despacho
12627924	19/02/2018 19:09	Expediente	Expediente
13066077	14/03/2018 12:07	Petição	Petição
13066103	14/03/2018 12:07	pet custas gratuidade renato dos santos	Informações Prestadas
13066123	14/03/2018 12:07	contracheque renato	Outros Documentos
13066125	14/03/2018 12:07	https://app.tjpb.jus.br/custasonline/paginas/custasprevias/custasprevias_resumo.jsf	Outros Documentos
17848975	19/11/2018 19:56	Despacho	Despacho
18867277	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 25 23 409 EXPEDIDO POR SSP / PB EM 28 03 16
CPF 008 729 614 - 43 / CNPJ _____ PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO REFERENTE AO 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 sejam obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, 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 ou Benefício;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME – ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL – atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL 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 ao 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 para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada (camêra digital) e/ou escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão (multiplicando o número de código de segurança).

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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) 0037 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4347-6

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

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



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, dependendo da legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) 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.dpvatseguradordalider.com.br ou ligue para a SAC DPVAT (0800 011 2234).



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

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente

51

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Renato dos Santos Tavares

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

CPF nº 008729614-43 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:

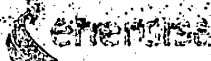
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Gouveia Nobrega</u>
Número	<u>Nº 15.</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Ra. Gur</u>
Cidade	<u>João Pessoa. PB</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58020100</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa. 24.05. 2017

Assinatura do Declarante: Renato dos Santos Tavares

RENATO DOS SANTOS TAVARES
RUA GOUVEIA NOBREGA, 157 CASA D - ROGER
JOAO PESSOA/PB CEP 58020-100 (A3-1)



Classe/Subclasse RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B1230, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
Roteiro B-1 - 380 - 4800 Referência Jan / 2017 CNPJ 09.096.183/0001-40 - Ins. Est. 16.016.823-0
Nº medidor 00001081815 Emissão: 11/01/2017

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 443 178
Código para Dúvida Automática: 00011444008

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora) 5/1144490-8

Canal de contato

Jan / 2017

Apresentação

11/01/2017

Data prevista da
próxima leitura

08/02/2017

CPF/CNPJ/RANI

872881443

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 12/12/16	Data 11/01/17		73	28
Letura 26109	Letura 26182			

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	73	0,44028	32,13
ICMS			11,81
PIS			0,48
COFINS			2,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB SERV LUM PÚBLICA			1,68

Histórico de Consumo
(kWh)

Dez/16	69
Nov/16	57
Out/16	61
Set/16	66
Ago/16	53
Jul/16	68
Jun/16	71
Mai/16	72
Abr/16	76
Mar/16	79
Fev/16	82
Jan/16	132

Média dos últimos meses
69

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	48,43	25,00	11,81
PIS	48,43	1,0400	0,48
COFINS	48,43	4,5801	2,21

VENCIMENTO 18/01/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 48,29

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,19	0,00
DIC TRIMESTRAL	10,38	0,00
DIC ANUAL	20,77	0,00
FIC MENSAL	3,38	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,72	0,00
FIC ANUAL	13,45	0,00
OMC	2,94	0,00
DICR	12,22	0,00

Composição do valor total a pagar

Discriminação	Valor (R\$)	%
Servço de Dist. da Energia PB	12,21	25,29
Compra de Energia	14,28	29,57
Servço de Transmissão	0,34	0,74
Encargos Setoriais	4,20	8,94
Impostos Diretos e Encargos	16,16	33,48
Outros Servços	0,00	0,00
Total	48,29	100,00

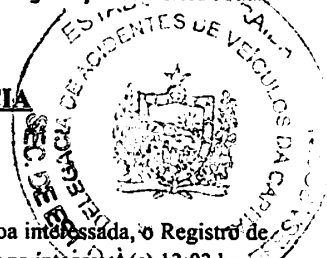
Valor do USD (Ref. 11/2016) R\$ 0,00

ATENÇÃO



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 Investigação 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 Máquina 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.


RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 15 de fevereiro de 2017.


RENATO DOS TAVARES
Noticiante

Procedimento Policial: 00296.01.2017.1.00.420

1/1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Renato dos Santos Tavares, portador da carteira de identidade nº 2523409 e inscrito no CPF/MF sob o nº 008729614-43 residente e domiciliado na Rua Gonçalo Wobuga N° 15 B. Rogn Cidade Itaó Pissoca, Estado Paraná, 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:

☒ (X) 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

☒ (X) 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

Itaó Pissoca 24.05.2017

Local e data

987126870

 <p>GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA</p> 	
LAUDO MÉDICO	
INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	RENATO DOS SANTOS TAVARES
DATA DE NASCIMENTO	10/02/81
NOME DA MÃE	MARIA PEREIRA DOS SANTOS
DADOS EXTRAÍDOS	
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
<u>AVALIAÇÃO INICIAL:</u>	
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, RESGATADO PELO SAMU, APRESENTANDO LUXAÇÃO GLENO-UMERAL ESQUERDA. GLASGOW 15.	
<u>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</u>	
RX DE TÓRAX RX DO OMBRO ESQUERDO- RELATO COT- LUXAÇÃO GLENO-UMERAL ESQUERDA RX DO BRAÇO ESQUERDO RX DO COTOVELO ESQUERDO	
<u>TRATAMENTO:</u>	
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
 Drª. 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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joro Pessoa - Para'ba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (83) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 802253

Identificação do paciente				
Nome		RENATO DOS SANTOS TAVARES		Sexo
Data de nascimento		Idade		Estado civil
02/1981		33 anos 10 meses 10 dias		Religião
Mãe		MARI PEREIRA DOS SANTOS		Prontuário
Escolaridade		MÉDIO INCOMPLETO		Pai
DDD Móvel		Fone Móvel		COSMO TAVARES DA SILVA
Tipo documento		Número documento		Responsável (Parentesco)
NAO INFORMADO		NAO INFORMADO		- O MESMO(A)
Local de procedência		DDD Fixo		Fone Fixo
Enferm		Naturalidade		Nº Cns
NAO INFORMADO		CBO/R		UF
Endereço				
CEP		Município de residência		Logradouro
5800000		JOAO PESSOA		Anísio Salatiel
Número		Complemento		Bairro
15				Roger
Admissão				
Data e Hora Prevista		Número da pulseira		Convênio
20/12/2014 20:01:23		1000003078296		SUS
Especialidade		Clínica		
CLÍNICA GERAL		CLÍNICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco		Origem do paciente		
VERMELHA		SAMU		
Caráter de atendimento		Motivo do atendimento		
URGENCIA		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
		Detalhe do acidente		
		VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial		Plano de saúde		
Não		Não		
Meio de transporte		Veio de ambulância		Trauma
SAMU		Sim		Não
		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA		Pulso		Temperatura
X mmHg				
Exames complementares				
Raios X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
CID				
Atendido por				
JOSELECIA ARAUJO DA SILVA				
Tempo				
03min 30seg				

Imprimir

Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MEDICO

B.E.

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

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

to: deito / queda / queixo,
 lateralmente, trauma de
 (Fratura) / osso do
 braço.

EXAME PRIMARIO

VIAS ☐ Pêrvias ☐ Obstruídas

AÉREAS ☐ Cervical Imobilizada: ☐ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRACHEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade ☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ AUSENCIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MAMÁRIO VESICULAR

☐ Presente e normal ☐ Presente e normal

HTD ☐ Rude ☐ Rude

☐ Diminuído ☐ Diminuído

☐ Ausente ☐ Ausente

2- RUÍDOS

☐ sim ☐ Raros ☐ Benços

☐ Não ☐ Sibilos ☐ Sibilos

☐ Estertores ☐ Estertores

FR: ☐ bpm SaO₂ ☐ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pleórica ☐ Hemica

TEMPERATURA DA PELE ☐ Normal ☐ Quente ☐ Frio

PULSO ☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Frio ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS ☐ Normofônicas ☐ Hipofônicas ☐ Hipofônicas ☐ Ausente

SOPRO ☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4 ☐ Sim ☐ Não

FC: ☐ bpm PA: ☐ mmHg T: ☐ °C

ECG: ☐

ABDOMEN: ☐

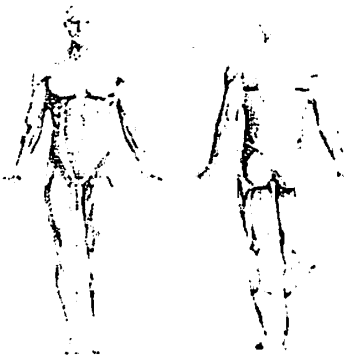
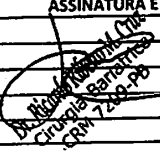
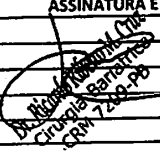
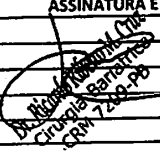
DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença ☐ mm)

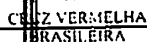
Escala de Glasgow: ☐

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

F(NG).CC 001-1

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

F(NG).CC.001-1



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

Renato da Costa Soares

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
20/11/2024	08:00	<p>- A ventilação pulmonar seg. paciente para a redução incruento da ventilação pulmonar adequada.</p> <p>cd. Alta com orientações de retorno S.K. Hemiram seg. no UTP próxima tarde.</p>

1158



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

Task 11

Abstract

Processamento Reduzido incremental de incasas + embroschinas

Médical:

Dr. Roberts + Ransenberg +

Prontuário: 802253
Data: 20/12/14
Reposição: _____

Date: 20/12/14


Caixa P'ronta:


[illegible]

Dr. Bruno Paes Lima Ferreira
Médico Anestesiologista
CRM 5208310-8

Wanderhops - 207.682
ASSINATURA ENFERM. GEM - COREN

Marco Aurelio
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL
384-328
FUNG APC-013-2

	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	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTDE.	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - QTDE.	
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		39 - QTDE.	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
01 agulha de Plexo A50-			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		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)		50 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	

	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	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
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	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<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		31 - QTDE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTDE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
01 agulha de Plexo A50-			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		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)		50 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	



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 e fixação de fratura humeral esquerda
Cirurgião: L. Henningsen 1º Assistente: Dr. Roberto Santos
2º Assistente: Dr. Renato R. 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Bloqueio de plexo braquial Horário: Início _____:_____:_____ Término _____:_____:_____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Luxação humeral esquerda</u>	<u>S42.0</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução e fixação</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Stefferson Pinheiro Dias
Traumato-ortopedista
CRM-PB 5762

João Pessoa, 20/12/14

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob bloqueio e plano braquial

Incisão:

Achados:

Conduta:

1. Redução de luxação glenoumeral em rot. externa,

Fechamento:

Observação:

Jefferson Pinheiro Dias
Traumatologista
CRM-PB 5782

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 26/12/14

F(NG).ASCIR.009-1



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 de luxação glenoumeral eq
Cirurgião: L. Heinimberg 1º Assistente: Dr. Roberto Santos
2º Assistente: Dr. Renan R. 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Bloqueio de plexo braquial. Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>luxação glenoumeral eq.</u>	<u>5420</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução pela anterior.</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Jefferson Pinheiro Dória
Traumato-ortopedista
CRM-28.5762

João Pessoa, 20/12/14

F(NG).ASCIR.009-1

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob bloqueio e plano braquial

Incisão:

Achados:

Conduta:

1. Redução de luxação glenoumeral em rot. interna,

Fechamento:

Observação:

Jefferson Pinheiro Dias
Traumato-ortopedista
CRM-PB 5762

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 20/12/14

F(NG).ASCIR.005-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Nota de Sala Cirúrgica

8



NOME DO PACIENTE: Renato das Santos Santos

IDADE: 33 ANOS BE: 80225 PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LETO:

CIRURGIÃO: Roberto de Almeida de Sousa e Silva

CIRURGIÃO: Roberto de Almeida de Sousa e Silva

ANESTESIA: Bloqueio de Plexo

ANESTESISTA: Dr. Bruno

INSTRUMENTADOR: -

DATA: 10.12.14 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO 21:30 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 Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CEFAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DIETILPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON Nº 3,0 1
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON Nº
FENILANIL		PVPI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº
GLUCURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA Nº
LIDOCAPRIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAPRIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAPRIVACAÍNA S/ VASO	1	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAPRIVACAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07	1	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIO POLIGLECAPRONE Nº
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO SEDA Nº
MIDAZOLAN		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDÍACA
NALBUPRIM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PASCIURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC
PERIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19	CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAPIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21	FIO DE KIRSCHNER Nº
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	1	SERINGA 5ML	FIO STEINMAN Nº
SULAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº
TIETENAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	KIT. DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	PRÓTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT. PAM
BACLOFEN		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FIXADOR EXTERNO
CHLORALHIDRATO		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	EMPRESA
DEXTROMETASOL		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DIFENIDOL		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS
DIETILPERIDOL		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS
FENOBARBITAL		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1 1	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
HYDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAPRIVACAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
OXIBASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	1	FIOS	() ASPRADOR
TIETENAL		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S/A Nº	() BISTURI ELÉTRICO
		GAZES	1 1	FIO ALGODÃO S/A Nº	() CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº	() CARDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº	() DESFIBRILADOR
		JELCO Nº14			() FOCO AUXILIAR
		JELCO Nº16			() FOCO CENTRAL
					() MICROSCOPIO
					() OXÍMETRO DE PULSO
					() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
					() PERFURADOR ELÉTRICO
					() SERRA
					CIRURJANTE
					20 354 3 13



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Nota de Sala Cirúrgica

8



Nome do Paciente: Romão dos Santos Santos

ID: 33 DE 802255 PRONTUÁRIO ENFERMARIA LEITO.

CIRURGIA: Ressecção de tumor de cabeça e pescoço - tumor universal.

CIRURGIA: NO: 2012/11/11: HANSENBERG

ANESTESIA: Bloqueio de Plexo

ANESTESISTA: Dr. Bruno

INSTRUMENTADOR: -

DATA: 10.12.14 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 12:30 FIM: 22:00

INÍCIO DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)

ASA 1 (1) ASA 2 (1) ASA 3 (1) ASA 4 (1) ASA 5 (1)

GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (1) CONTAMINADA (1) INFECTADA (1) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALBENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CEBAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DEPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	3,0
FELOSABITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FELOFANILA		LÂMINA BISTURI Nº23	1	FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENDERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEOCAÍNA C/ VASO		LUVAS ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEOCAÍNA S/ VASO		LUVAS ESTÉRIL Nº7,5	1	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		LUVAS ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVAS ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NUMBIUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PASCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PERIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PRORFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAPIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEDFURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SULAMETÔNIO		SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº	
TIENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ALBENTANILA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BECITA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DIETONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
EDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	
FILOSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº	
GLUCOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	12	TORNEIRINHA	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
HEROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
LEOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
ORIASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	
PULSIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PRISTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PRITAMINA		ESPONJA DE PVPI	10	FIOS	QTD.
TIPOXICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S/A Nº	
		GAZES	1	FIO ALGODÃO S/A Nº	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº	
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº	
		JELCO Nº14			
		JELCO Nº16			

Bloqueio de Plexo (vermelho)

Dr. Bruno Paes Lima Ferreira
Médico Anestesiologista
CRM 5268310-8

GLUCOSE	(1) 100ml 50%	(5) Novolgo 2x + plavix + 30min
NACL	(2) Bloco Plexo 500ml 0,9%	(10) Keppazol 2x 100
SANGUE	3via auto. oxigenico -	(10) Alente 6 p/ ent.
RINGER	30 L de solução 2x 100ml	
TOTAL	31: 200.000	

DESTINO DO PACIENTE APT ☐ ENFERM. ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS ☐

ASSINATURA DO ANESTESISTA

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Renato dos Santos Tavares

Qualificação: Advogado

CPF/MF: 008729614-43

RG: 2523409-SSB/PB

Endereço: Rua Gouveia Nobrega N.º 15 Bairro Rogel
ao lado da Bica.

OUTORGADOS: 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 Bocaiuva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Assinale

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:

Declara 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, 22 de Maio de 2017.

Renato dos Santos Tavares
Outorgante

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT**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 entregueData: 17/07/2017
Nome: RENATO DOS SANTOS TAVARES
CPF/CNPJ: 008.729.614-43**Responsável pelo recebimento na seguradora**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 gratuidade 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 gratuidade 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 gratuidade 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 gratuidade requerida.

João Pessoa, 1 de fevereiro de 2018

Juiz(a) de Direito

anexa

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4ª 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, digno-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 N°: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	1.067,00		
A04	SALARIO FAMILIA		31,07		
A02	INSS			85,36	
U32	PENSÃO ALIMENTICIA			286,20	
Admitido em 03/01/2011			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.098,07	371,56	
			Valor Líquido	726,51	
Salário Base	Base INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.067,00	1.067,00	1.067,00	85,36	1.067,00	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

Renato dos Santos Tavares
Assinatura do Funcionário

28/02/2018
Data

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.

Designa-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, intima(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 § 4.º do art. 357, do NCPC. Fica desde já a parte autora intimada da audiência a ser realizada na 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 PROENÇA

Técnico Judiciário