



Número: **0843391-62.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição: **03/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO (AUTOR)	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
15735 360	03/08/2018 12:45	Petição Inicial	Petição Inicial
15735 396	03/08/2018 12:45	adm antonio guilherme lucio docs	Documento de Comprovação
15735 400	03/08/2018 12:45	adm antonio guilherme lucio prot adm	Documento de Comprovação
15768 657	06/08/2018 16:49	Despacho	Despacho
20563 003	15/04/2019 14:49	Mandado	Mandado
20563 010	15/04/2019 14:49	Expediente	Expediente
20563 687	15/04/2019 15:02	Certidão	Certidão
20680 342	22/04/2019 12:45	Diligência	Diligência
20680 385	22/04/2019 12:45	Bradesco Seguros	Devolução de Mandado

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

Justiça Gratuita

ANTONIO GUILHERME LÚCIO DOS SANTOS, inscrito no CPF sob o nº 753.586.544-53, representado por SÉRGIO DA SILVA SANTOS, residente e domiciliado no Rua Elias Cavalcanti de Albuquerque, 330, Cristo, CEP: 58070-400, João Pessoa – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃOJUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 03/08/2018 12:45:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18080312450989100000015343270>
Número do documento: 18080312450989100000015343270

Num. 15735360 - Pág. 1

em face da **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **01.04.2017**, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o percepimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-



A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, COM ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Diante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM*

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.



Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:



CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação

2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado. **3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser açãoada para pagar o valor da indenização de seguros.** 4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso.

5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.””.(grifo nosso)



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

“A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei”.(destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

“STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.

É incontestável, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR



Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

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

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

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25%



(vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilatado mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a)** ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b)** ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais
- c)** Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d)** Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.



Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 16 de julho 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



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 03/08/2018 12:45:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18080312450989100000015343270>
Número do documento: 18080312450989100000015343270

Num. 15735360 - Pág. 9

Quesitos para a perícia:

- 1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:
- 2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.
- 3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?
- 4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.
- 5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?
- 6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?
- 7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?
- 8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?
- 9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 03/08/2018 12:45:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18080312450989100000015343270>
Número do documento: 18080312450989100000015343270

Num. 15735360 - Pág. 11



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00317.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00317.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:56 horas do dia 21 de fevereiro de 2018, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Antônio Guilherme Lucio dos Santos**, CPF nº 753.586.544-53, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Servente de Pedreiro, filho(a) de Maria das Neves de Sousa e Antônio Guilherme Lucio dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/10/1955 (62 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elias Cavalcante de Albuquerque, Nº 630, complemento VILA SANTA CLARA, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Perto da Energisa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98666-8927.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Água Fria, Perto da Água Mineral, Mataraca/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 01/04/17 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava na garupa da MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN KS, PRATA, 2006/2006, PLACA MNN9207/PB, CHASSI 9C2KC08106R962517, registrada em nome de SERGIO DA SILVA DOS SANTOS e sendo conduzida por SÉRGIO DA SILVA DOS SANTOS (CPF. 091.692.004-67), quando ao fazer uma curva o condutor da moto colidiu na traseira de um CARRO NÃO IDENTIFICADO que estava parado na estrada; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 23.10.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta capital, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) 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, 21 de fevereiro de 2018.



ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS
Noticiente

SINCOR/PB
18 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Procedimento Policial: 00317.01.2018.1.00.420



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Antonio Guilherme Lucio dos Santos filho

DATA DE NASCIMENTO 25/10/55

NOME DA MÃE Maria das Neves de Sousa

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 101234

BOLETIM DE ENTRADA N.º 991239

DATA DO ATENDIMENTO 01/04/17

HORA DO ATENDIMENTO 21:11

SINCOR/PB
18 JUN. 2018

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur esquerdo

CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com trauma em coxa esquerda, dor em pelve e membro inferior esquerdo, deformidade em coxa esquerda. Avaliado pela Cirurgia Gera, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, bacia, ombro E, coxa E.

TC de crânio

CONFERIDO COM O ORIGINAL

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur esquerdo

TRATAMENTO:

Tração esquelética transtibial (realizado em 02/04/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo (realizado em 08/05/17)

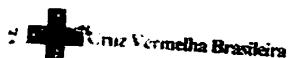
ALTA HOSPITALAR: 15/05/17

DATA DA EMISSÃO: 23/10/17


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/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



ACOLHIMENTO, s/n - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 991239



Identificação do paciente

ID 1156422	Nome ANTONIO GUILHERME FILHO			Sexo Masculino
Data de nascimento 25/01/1956	Idade 61 anos 2 meses 7 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mae MARIA DAS NEVES DE SOUZA	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade				
DDD Móvel 00	Fone Móvel 00000000	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
Tipo documento	Número documento	DDD Fixo	Fone Fixo	
Local de procedência MATARACA				Nº Crs
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Endereço				CBOR
CEP 58070080	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Bom Jesus	
Número SN	Complemento		Bairro Varjão	
Admissão				
Data e Hora 01/04/2017 21:11:09	Número da pulseira 1000006090219	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clinica
Classificação de risco				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA		
Indicadores e Transporte				Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma	Não
Meio de transporte SAMU				Quem transportou
Sinais Vitais				
Exames complementares				

Raio X []	Sangue []	Bilirrubina []	TC []	Líquor []	TECO []	Ultrassonografia []	
TIPO ... <i>Ortopédico</i> DATA ... <i>13/05/17</i> HORA ... <i>11:05</i> NOME TÉC. RAD. ... <i>PC</i> ASS.: ... <i>PC</i>							<i>02/05</i>

Diagnóstico
Atendido por
ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS

Imprimir

01/04/2017 21:11:09



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

1000006690219
ANTONIO GUILHERME FILHO
DT. NASC.: 25/01/1956
MAE: MARIA DAS NEVES DE SOUZA

BE.: 991239

END.: Boa Jesus
N. SN - Verj Go
JORD PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (00) 00000000

IDADE: 61

DT. ENTRADA:

DATA: DATA:

PROCEDÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Ambulância de resgate	<input type="checkbox"/> Ambulância SAMU	<input type="checkbox"/> Polícia		
TIPO DE ACIDENTE:	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Atropelamento	
	<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Incêndio	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Outros:
TIPO DE LESÃO:	<input type="checkbox"/> Fratura fechada	<input type="checkbox"/> Ferimento aberto	<input type="checkbox"/> Ensaugamento	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Quimiotrauma	
	<input type="checkbox"/> Mordedura	<input type="checkbox"/> Objeto encaixado	<input type="checkbox"/> Ferimento contínuo	<input type="checkbox"/> Amputação membro	<input type="checkbox"/> Outros:	
LOCAL DA LESÃO:	<input type="checkbox"/> Membros sup.	<input type="checkbox"/> Membros inf.	<input type="checkbox"/> Tronco	<input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço	<input type="checkbox"/> Outros:	
DADOS CLÍNICOS (sintomas)						

DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS: / /

EXAME FÍSICO	PA: _____ mmHg	P: _____ bpm	SpO2: _____	Tax: _____	
Sistema Neurológico:	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	
Nível de Consciência:					
Avaliação das pupilas:	Simetria: <input type="checkbox"/> Isocônicas	Tamanho: <input type="checkbox"/> Midíras			
	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Miopia			
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea	<input type="checkbox"/> Vias aéreas pélvias		
	<input type="checkbox"/> Truquecostomia	<input type="checkbox"/> Respiração rápida	<input type="checkbox"/> Oclusão parcial das vias aéreas		
	<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo	<input type="checkbox"/> Oclusão total das vias aéreas		
Sistema Circulatório:	<input type="checkbox"/> Pulso ausente	<input type="checkbox"/> Pele fria e úmida	<input type="checkbox"/> Perfusion tissular satisfatória		
	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Perfusion tissular comprometida		
	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Outros:			
Sistema Digestório:	<input type="checkbox"/> HDA	<input type="checkbox"/> Uso de SNG	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial	
	<input type="checkbox"/> HDS		<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda	
Outros:			<input type="checkbox"/> Rigididade abdominal	<input type="checkbox"/> Distensão abdominal	
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Distúria	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Oliguria	<input type="checkbox"/> Poluriia	
			<input type="checkbox"/> ISVD	<input type="checkbox"/> Outros:	
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Alergias	
	<input type="checkbox"/> Internações	<input type="checkbox"/> Outros:	Especificar: _____		
USO DE MEDICAÇÃO?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Especificar: _____		
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:					
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

01/09/17 Paciente deve entrar neste ato vítima de
Acidente de moto no momento em uso de moto
com roupão. Aguarda 1º atendimento de
Cirurgia futebol

DESTINO:

COREN: 2415.83

ENFERMEIRO: *Di L*

COREM:

F(NG).ENF.022-1



01/08/17 - Cirurg. Genl 21:18

- Paciente doce envolvida em acidente
motorizado em via rural, elevação, desequili-
bro, causando a negociação no lado
dir. comuns, sem lesão grave no lado
esq. com pernas, sem lesão grave no lado
dir. com HTD. Non-inicial.

Apresenta dor em pulso e MIE ~ masto. Pode
ser com deformidade em cota (alg. de imobilização?)

(D. S. L.) a TC da cintura e colo

.. Rx de pulso

.. F1ST

.. Rx de pulso 2 num

.. Rx de pulso

TC num-1 lombar + F. G. P. frontal EV 21/30

+ Cefalograma lombar + F. G. P. frontal EV

parecer de ortopedia

DR. ANISSON COUTINHO MOREIRA
MEDICO
CRM/CE: 19.080
10942
2018



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Antônio Grillesme

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
03/04/17	15:31	<p>Psicólogo</p> <p>Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, integrado, bem, memória preservada. Realizado apoio psicológico.</p>
06/04/17	15:50	<p>Psicólogo</p> <p>Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, memória preservada, intelecto bom. Realizado apoio psicológico.</p>
03.05.17	09:30	<p>Psicologia</p> <p>Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, memória preservada, pensamento coerente. Realizados apoio e orientações ao paciente.</p>

Luiz Otávio Lima Mendes
Psicólogo Clínico Hospitalar
Especialista em Saúde Mental
CRP 13/3249

Luiz Otávio Lima Mendes
Psicólogo Clínico Hospitalar
Especialista em Saúde Mental
CRP 13/3249

Luiz Otávio Lima Mendes
PSICÓLOGO
5023713





EVOLUÇÃO DO PACIENTE



T5

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Antônio Guilherme Filho

F(NG).ENF.018-1



 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 HTOP			2 - CNES 		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
			4 - CNES 		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE Antônio Guilherme Filho			6 - NÚMERO PRONTUÁRIO 991239		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
			8 - DATA DE NASCIMENTO 		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 			9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> [1] Fem. <input type="checkbox"/> [3]		11 - TELEFONE DE CONTATO N. DO TELEFONE
			DDD 		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) 			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
<input type="checkbox"/> 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 <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 - CX. D95/DCS V8RD0 TM CIRURGICA - PLACA DE 18 Furos DCS - DRAAF. CORTICAL N.º32-01/34-01/36-01/38-01/48-1 - DRAAF. DEBILIZANTE N.º75 + POM. COMPRESSAO (NULO) - PRAAF. EXPON. JOSO (Rosca 32-00-01) - 02 Fio KIONIKUREZ N.º20 (equia)					
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 			PROFISSIONAL SOLICITANTE		
41. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			42. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 		
			43. ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 08/05/17		
44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 			AUTORIZAÇÃO		
47. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			48. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		
			49. ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 08/05/17		





RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSHIL

Nome: Antônio Gessilane, Filho BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 1/1/
 Clínica/Setor: Oncologia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento de Fratura segmentar de Perna
 Cirurgião: Dr. Stoffler 1º Assistente: Dr. M. Vitorino
 2º Assistente: Dr. Portela 3º Assistente: Dr. Gustavo
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<u>Fratura segmentar</u>		
<u>de Perna - Fêmur</u>		
<u>E</u>		

Procedimentos Cirúrgicos		Código
<u>Tratamento de</u>		
<u>Fratura - Segmentar</u>		
<u>de Perna - Fêmur</u>		
<u>E</u>		

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Victor Linhares
Médico Residente Ortopédico
CRM-PB 10894

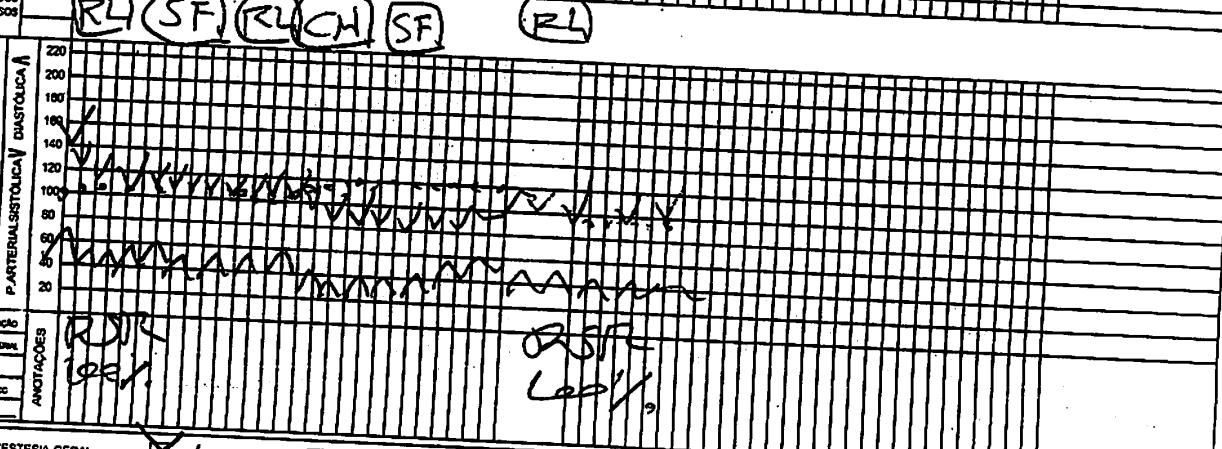
João Pessoa

OP 105/17

F(NG).ASCIR.009-1



FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: <i>Antônio Gilherme Filho</i>		DATA: <i>08/05/17</i>		PRONTUÁRIO:	
SEXO: <i>M</i>	COR: <i>W</i>	IDADE: <i>61</i>			
ESTADO ANTERIOR: <i>PULSO 101</i>	RESPIRAÇÃO <i>15</i>	TEMPERATURA: <i>36,8</i>	PESO: <i>70</i>	GRUPO SANGUÍNEO	
ESTADO GERAL: <input checked="" type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MAU	<input type="checkbox"/> PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO: <input checked="" type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR
EXAMES COMPLEMENTARES: <i>VPM</i>				MAU	
AP. RESPIRATÓRIO: <i>Esperada</i>	AP. CIRCULATÓRIO: <i>Estável</i>				
AP. DIGESTIVO: <i>150</i>	ESTADO MENTAL: <i>LOTE</i>	DROGAS EM USO			
PRÉ-ANESTÉSICO:	DOSE/HORA:	Desoxiramid 25g + Fentanyl 70mcg			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:		ESTADO FÍSICO (ASA): 0			
CIRURGIA REALIZADA: <i>Tratamento cirúrgico de Fratura de Fúrcula</i>					
CIRURGÃO: <i>Stefferson</i>		AUXILIARES:			
INÍCIO DA ANESTESIA: <i>14:20</i>	TÉRMINO DA ANESTESIA: <i>15:10</i>		DURAÇÃO DA ANESTESIA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	QUANT. DE CH.	VALORES RS			
ANESTÉSISTAS: <i>B. Viegas</i>	CPF:	CRM-PB			
O ₂	N ₂ O				
LÍQUIDOS VENOSOS:	RL SF RUCH SF RL				
					
ANESTESIA: <input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA: <input type="checkbox"/>	PULSO: <input type="checkbox"/>	DIASTÓLICA: <input type="checkbox"/>			
DESPERDIÇO: <input checked="" type="checkbox"/>	P. ANESTÉSICO: <input type="checkbox"/>	ANOTACOES: <i>RSR 100%</i>			
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS					
ANESTESIA: 23-14 Sartelle Quincke 25G, CCB, grifos de 0 + 2					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1. Neostamina 15ml - 16g 11 2. Dexamet 80mg 12 3. Cefazolin 2g 13 4. Dexamet 80mg 14 5. Dipetromo 2g 15 6. 16 7. 17 8. 18 9. 19 10. 20					
DESTINO DO PACIENTE: <input checked="" type="checkbox"/> ENFERMARIA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÉNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS					
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					

João Batista Viegas
 Médico-Anestesiologista
 CRM-PB CRM-RN 9057

ASSINATURA DO ANESTÉSISTA

FING-ASCR.026-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

SECRETARIA
ESTADUAL
DE SAÚDE

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Antibiótico profilático
- (2) DDH sob anestesia
- (3) Anestesia e Antisséptico
- (4) Colpo - Este

Incisão:

- (5) Incisão longitudinal
- lateral em corte
- (6) Pex - por flanco
- (7) Remoção de cutâneo

Achados:

- (8) Ex. de Dígitos da Fimur
- esquerdo segmento -

Conduta:

- (9) Redução clavada, sole
- controle endoscópico
- (10) Fixação com placas 18 Furos
- + profunda
- (11) Prolongar Esponja
- (12) Revisão de hemostase
- (13) Limpeza com SF - 4.0
- (14) Colocar - de novo

Fechamento:

- (15) Sutura por placa
- (16) Cerrado, estéril

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Victor Lúcio
Médico Residente Ortopedia
CRM-PB 10894

João Pessoa,

08/05/17

F(NG).ASCIR.009-1



 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 - <i>raum</i>			2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE - <i>raum</i>			4 - CNES			
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE <i>ANTONIO G. SILVA</i>			6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>991239</i>			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i>		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO N° 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. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			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 <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			
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i># Rio de Janeiro</i>						
PROFISSIONAL SOLICITANTE						
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>03/08/2018</i>			
41 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - MECANISMO DE CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>CRM 8164 RT CRM 10894 PB</i>		
AUTORIZAÇÃO						
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>	
47 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		



 Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		fis.1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
3 - NOME DO PACIENTE		4 - N° DO PRONTUÁRIO		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO	8 - RACA/COR
9 - NOME DA MÃE			Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE		
13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE		
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF	17 - CEP
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	20 - QTDE	
		TC de Crâneo		
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)				
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO DATA	32 - QTDE	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO NOME	35 - QTDE	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)				
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		37 - CID 10 PRINCIPAL 38 - CID 10 SECUNDÁRIO 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
TCE				
OBSERVAÇÕES <i>Multa US muda ; aclarada , diversão.</i>				
SOLICITAÇÃO				
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
		/ /	 Dr. Alison Cordeiro <i>PRB</i> MEDICO <i>10942</i> CRM-CE: 18.080	
43 - DOCUMENTO () CNS () CPF		44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
AUTORIZAÇÃO				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	53 - PÉRIODO DE VALIDADE DA APAC	
		/ /	/ /	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)				
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				55 - CNES



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NETSIL

Nome: Antônio Geraldo Fidão BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: _____ / _____ / _____
Clínica/Setor: Ortopédica EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Traçado Transstilial E
Cirurgião: Dr. Fernando 1º Assistente: Dr. Victor MR1
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Post-Operatório		CID
<u>Fr. Diófise da Fíbula E</u>		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Traçado Transstilial</u>	
<u>Transstilial E</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: J. A. Fidão

João Pessoa, 08/08/18

F(NG).ASCIR.009-1





CLAY VERSILEA
MATERIAL

Nota de Sala Cirúrgica

HESSIL

NOSSO DO PACIENTE:	Antônio Gennarino Filho				
IDADE:	61	FRONTUÁRIO:			
BE:	991229	ENFERMAGA:			
CIRURGIA:	T.º cerúrgico de fusura de fêmur esquerdo.				
CIRURGÃO:	Dr. Silverson + Dr. Monchimici + Dr. Vilson R.	LEITO:			
ANESTESIA:	R anest.				
ANESTESISTA:	Dr. João Batista				
INSTRUMENTADOR:					
DATA:	08/05/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 13:30 FIN: 14:40			
		CIRURGIA: INÍCIO: 14:40 FIN: 17:00			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)					
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.
ALFENTANILA		JELCO Nº18	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1	JELCO Nº20	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22	1	FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24	1	FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	1	FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		PVP1 DEGERMANTE	OK	FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		PVP1 TINTURA	OK	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVP1 TÓPICO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCÁINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	NA
LIDOCÁINA S/ VASO		AGULHA 25X07	1	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	1
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08	1	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	1
MORFINA		AGULHA 40X12	1	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	1
NMBIUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	1
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAZ	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML	1
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	1	SERINGA 20ML	1
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÉNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
ATROPINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
EXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
EFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DIFRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
FEFEDRINA	1	COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	
UROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	SONDA URETRAL Nº	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
IDECAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
INDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	1
LASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
ROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
ROTAMINA		ESPONHA DE PVP1	1	FIOS	QTD.
ENOXICAN	1	ESPARADRAPO	OK	() ASPIRADOR	
				() BISTURI ELÉTRICO	
				() CAPNÓGRAFO	
		GAZES	NN	() CÁRDIGMONITOR	
		GAZES ALGODOADAS	NN	() DESFIBRILADOR	
		GEL ELETROLÍTICO	OK	() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº14		() FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº16		() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NO INVASIVA	
				() REFRIGERADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
					CIRCULANTE

Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 03/08/2018 12:45:12
http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1808031244433440000015343305
Número do documento: 1808031244433440000015343305

Num. 15735396 - Pág. 15



Nota de Sala Cirúrgica

HEFTSHI

DATA:	10/09/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO:	FIM:	CIRURGIA: INICIO:	FIM:	06:10 100:20
IDADE:	61	BE:	5917	PROFISSIONAL:	ENFERMAGIA:	LEITO:
CIRURGIA:	TRAUMA TRANSFERIR ES.					
CIRURGÃO:	DR. V. SOARES					
ANESTESIA:	ANESTESIA: 2. ANESTESIA C.					
ANESTESISTA:						
INSTRUMENTADOR:						
INDICE 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.
ALFENTANILA			JELCO N°18			
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO N°20			
BUPIVACAÍNA PESADA	61		JELCO N°22			
CETAMINA			JELCO N°24			
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°			
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°11			
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI N°15			
FENTANILA	61	PVP DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N°23	61		
FLUMAZENIL		PVP TINTURA	LÂMINA BISTURI N°24			
ISOFLURANO		PVP TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO			
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO			
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.			
LIDOCAINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0			
LIDOCAINA S/ VASO		AGULHA 25X07	01 LUVA ESTÉRIL N°7,5	11	03	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08	01 LUVA ESTÉRIL N°8,0	11	03	
MORFINA		AGULHA 40X12	01 LUVA ESTÉRIL N°8,5			
NIMBİUM		AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA	11	03	
PANCURÓNIO		AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS	—	01	MATERIAL ESPECIAL
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO	—	01	QTD. CATETER DE PIC
PROPORFOL		AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°19			
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21			
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML			
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	51		
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	01		
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	01		
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA-ASP. TRAQUEAL N°8			
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10			
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12			
ATROPINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14			
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16			
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12			
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA			
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA			
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°			
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA			
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°			
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°			
LIDOCAINA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°			
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	11 61 TUBO SILICONE (LATEX)		01	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				PLACA
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				
PROTAMINA		ESPOONJA DE PVP	FIOS	QTD.		EQUIPAMENTOS
TENOXICAN		ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A N°			() ASPIRADOR
		GAZES	11 03 FIO ALGODÃO S/A N°			() BISTURI ELÉTRICO
		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO S/A N°			() CAPNÓGRAFO
		GEL ELETROLÍTICO	— FIO ALGODÃO C/A N°			() CÁRDIONITRATOR
		JELCO N°14				() DESFIBRILADOR
		JELCO N°16				() FOCO AUXILIAR
						() FOCO CENTRAL
						() MICROSCOPIO
						() OXÍMETRO DE PULSO
						() P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
						() PUPILAR
						() SERVA

Joelma S. Nascimento
BSC. de Enfermagem
ZOREN-PB 424853





**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 20/04/17

PRONTUÁRIO:

IMCOR:

IDADE

PACIENTE: <i>Antônio G. Filho</i>	DATA: <i>10/11/17</i>	PRONTUÁRIO:
		SEXO: <i>M</i> COR: <i>B2</i> IDADE: <i>61</i>
PRESSÃO ARTERIAL PULSO <i>90</i>	RESPIRAÇÃO <i>12</i>	TEMPERATURA PESO <i>69</i>
ESTADO GERAL () BOM (<input checked="" type="checkbox"/>) REGULAR (<input type="checkbox"/>) MAU (<input type="checkbox"/>) PÉSSIMO		GRUPO SANGUÍNEO
EXAMES COMPLEMENTARES <i>ok</i>	RISCO CIRÚRGICO () BOM (<input checked="" type="checkbox"/>) REGULAR (<input type="checkbox"/>) MAU (<input type="checkbox"/>) PÉSSIMO	
AP. RESPIRATÓRIO	AP. CIRCULATÓRIO <i>ok</i>	
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL <i>CONFUSÃO</i>	DROGAS EM USO <i>Alcool</i>
PRÉ-ANESTÉSICO		ESTADO FÍSICO (ASA) <i>II</i>
DOSE/HORA		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>PESS. DO FÉMUR</i>		
CIRURGIA REALIZADA <i>PESS. CINTURA</i>		
CIRURGIÃO <i>Dr. Tomás de Souza</i>	AUXILIARES	
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$
ANESTESISTA <i>Dr. André</i>	CRM-PB	<i>8788</i>

AGENTE SANHOR		CRM-FB											
O 3 N 2 O													
LÍQUIDOS VENOSOS		50 100											
CÓDIGOS ● CIRURGIA	PULSO O	220											
		200											
ANESTESIA X P ARTERIA SISTÓLICA	CIRURGIA	180											
		160											
ANESTESIA X P ARTERIA SISTÓLICA	CIRURGIA	140											
		120											
ANESTESIA X P ARTERIA SISTÓLICA	CIRURGIA	100											
		80											
ANESTESIA X P ARTERIA SISTÓLICA	CIRURGIA	60											
		40											
ANESTESIA X P ARTERIA SISTÓLICA	CIRURGIA	20											
SEPARAÇÃO													
<input type="checkbox"/> INTRAV.													
<input type="checkbox"/> EXTRAV.													
<input type="checkbox"/> C/ P/ S/ C													
ANESTESIA													
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> BAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOCO PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS								
TÉCNICA		log - type . C3 - C4											
LÍQUIDOS													
GLUCOSE		Volumen em ml											
NAACL		1	Medicamentos e Materiais Usados no Ato Anestésico										
SANGUE		2	Thioglate 10 5 ml										
RINGER		3	11										
TOTAL		4	12										
DESTINO DO PACIENTE		5	13										
<input type="checkbox"/> APT		6	14										
<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMARIA		7	15										
<input type="checkbox"/> UTI		8	16										
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA		9	17										
<input type="checkbox"/> OUTROS		10	18										
OSSERVAÇÕES IMPORTANTES		11	19										
		12	20										
ASSINATURA DO ANESTÉSISTA													
F (ING) ASCIR.0221													





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSML

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1) DPOH, sob anestesi.
2) Anestesi. e Antibiótico
3) Camp 1 = 25 cm

Incisão:

— / —

Achados:

Ex. - Diagnose de Fístula =

Conduta:

Taço - Transfer qualit.
Transferir

Fechamento:

— / —

Observação:

Dr. Victor Lintor
Médico
CRM 8184 RN
CRM 10894 PB

Médico/CRM:

João Pessoa, 08/04/17

F(NG).ASCIR.009-1



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Guilherme Lacerda dos Santos
ilhabela, vere. de pedreiro, sup. por Sérgio da S. Santos
CPF/MF: 753 586 544-53 RG: 11766875981PB
Endereço: Rua Elias Cavalcante de Albuquerque
330 Cristo Redentor CEP 58070400 J. Pessoa - PB

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

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.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

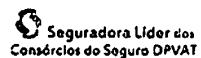
Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa - PB, 20 de janeiro de 2018.

Antonio Guilherme Lacerda dos Santos
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0216145/18

Vítima: ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS
FILHO

Data do Acidente: 01/04/2017

CPF: 753.586.544-53

CPF de:
Próprio

Titular do CPF: ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS
FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

Sen.3180.24439

ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO : 753.586.544-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
SERGIO DA SILVA DOS SANTOS : 091.692.004-67
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/06/2018
Nome: SERGIO DA SILVA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 091.692.004-67

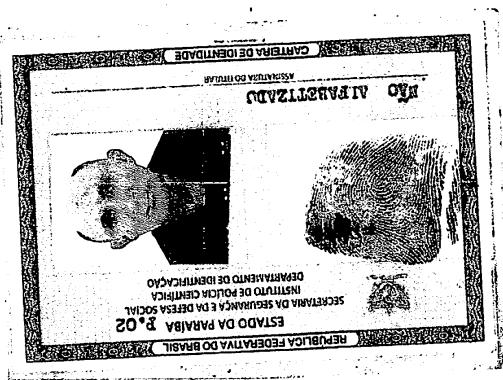
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

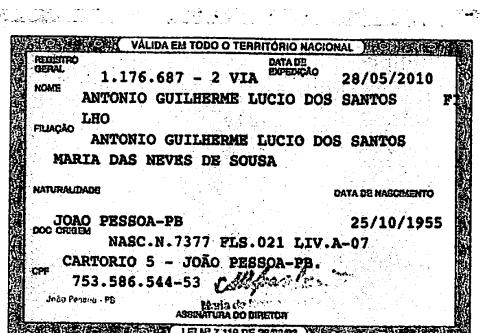
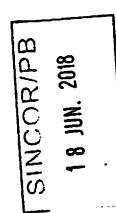
SERGIO DA SILVA DOS SANTOS

Sandra Maria Accioly Pedrosa





CONFERIDO COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 03/08/2018 12:45:13
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18080312445262300000015343309
Número do documento: 18080312445262300000015343309

Num. 15735400 - Pág. 3



CARTÓRIO CELEIDA

Primeiro Serviço Notarial Distrital do Geisel

R. Juscelino Kubitschek, 41 - Fone/Fax: (83) 3231-4078/3266-1183
cartorioceleida@ig.com.br João Pessoa - Paraíba

Livro: P-180 Folha(s): 186
Protocolo: 15169

18 JUN. 2018

CONFIRDO COM O ORIGINAL
001

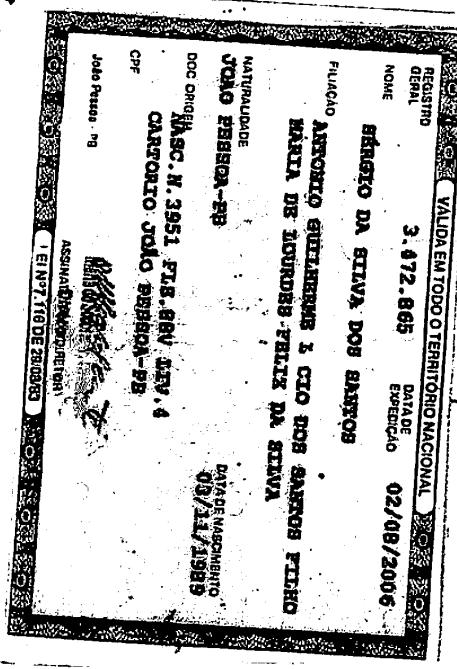
PROCURAÇÃO PÚBLICA BASTANTE QUE FAZ: ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO, na forma abaixo declarado;

SAIBAM quantos virem este Públco Instrumento de Procuração que aos 02 (Dois) de 03 (Março) de 2018 (Dois Mil E Dezoito), nesta cidade de João Pessoa, Capital do Estado da Paraíba, perante mim, - CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA Tabeliã Pública do 1º Ofício de Notas Distrital, compareceu(ram) como OUTORGANTE(S) Sr. ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO, Brasileiro, servente pedreiro, maior, estado civil solteiro, portador do RG nº 1176687 2º VIA SSDS /PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 753.586.544-53, residente e domiciliado na Rua Elias Cavalcante de Albuquerque, 630, no bairro Cristo, na cidade João Pessoa-PB, reconhecido como o próprio por mim e de duas testemunhas nomeadas e assinadas, perante as quais por ele(s) me foi dito que constituía e nomeava seu bastante procurador(es) Sr. SERGIO DA SILVA DOS SANTOS, Brasileiro, promotor de vendas, maior, estado civil solteiro, portador do RG nº 3472865 SSDS/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 091.692.004-67, residente e domiciliado na Elias Cavalcante de Albuquerque, 630, no bairro Cristo, na cidade João Pessoa-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para fôro em geral, atribuindo poderes com a cláusula ad-judicia e et-extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, e vias administrativas, podendo constituir e destituir Advogados propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo unas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber seguros, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, poderes especialmente para receber e acompanhar junto a Companhia de Seguros LIDER, e quaisquer seguradora, o seguro DPVAT (morte, invalidez permanente, DAMS - Despesas com Assistência Médica e Despesas Suplementares), referente ao acidente ocorrido com o Outorgante, que a mesmo tem direito, podendo para tanto, dito procuradora, dar entrada no processo de Sinistro para recebimento de indenização ou reembolso das despesas, conferindo-lhe ainda poderes especiais, para receber e endossar cheques das quantias recebidas, dando a referida quitação, sacar em quaisquer agências bancárias; representa-lo junto a Hospitais, Clinicas, UPA, PSF, Secretarias de Saúde, podendo requerer e receber laudos medicos, protuarios, atestados, preencher e assinar documentos; enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento do presente mandato. podendo ainda substabelecer esta em outrem com ou sem reservas de iguais poderes. Que o outorgante por se declarar não alfabetizado deixa a sua impressão digital as margens deste livro e folhas e assina a rogo Sr. PAULO SERGIO RODRIGUES SILVA, Brasileiro, frentista, maior, estado civil solteiro, portador do RG nº 2.504.849 SSP /PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 011.878.554-05, residente e domiciliado na Rua Elias Cavalcante de Albuquerque, 1058, no bairro Cristo, na cidade João Pessoa-PB E de como assim o disse do que dou fé, e me pediu e eu lhe lavrei este Instrumento que, sendo-lhe lido, aceitou e assinou, sendo dispensada à presença e assinatura de testemunhas de acordo com o Art. do 1º Provimento no 03/87, da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado. Eu FELLipe WELDSON DE OLIVEIRA FERREIRA, Auxiliar de Cartorio a escrevi. Eu, CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabeliã Pública do 1º Ofício de Notas Distrital da Capital, subscrevo e assino em público e raso que uso, nesta data. Selo Digital: AGM87338-9ZBS Confira os dados do ato em: [Https://selodigital.tjpb.jus.br](https://selodigital.tjpb.jus.br). 02/03/2018 11:16:16
Custas: Emolumentos: R\$ 94,80 Fepj: R\$ 17,44 Farpen: R\$ 5,14.

Em testemunho (

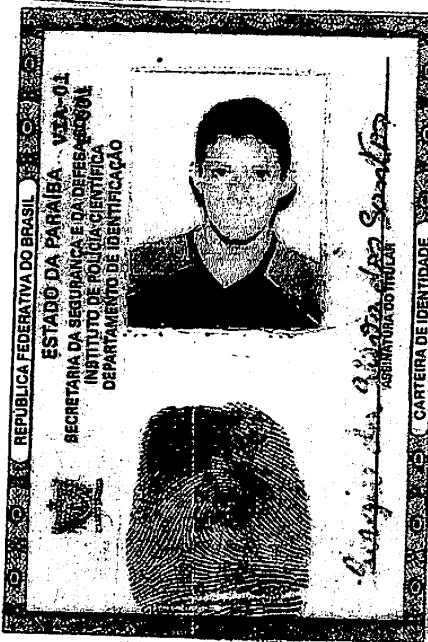
) da verdade dou fé.





CONFERIDO COM O ORIGINAL

18 JUN. 2018



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

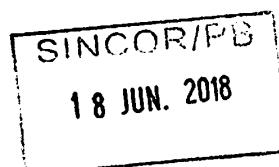
Eu, Sérgio da Silva Souto,
RG nº 3472865, data de expedição 02/08/06, Órgão SSP,
CPF nº 09169200467, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Blíssio Bonalvente de Albuquerque</u>
Número	<u>630</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Briste</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58070400</u>
Telefone de Contato	<u>986668927</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25/04/2018

Assinatura do Declarante: Sérgio da Silva dos Soutos



CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento para pagamento
Documento para pagamento

Nº 007 045 689

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Criação Redonda - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 09 095 183 / 0001-40 - Insc Est 16 015 823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DOS SANTOS
RUA ELIAS CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE 630
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1008148-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAI/2018

24/05/2018

162

01/06/2018

R\$ 94,73

Acesse www.energisa.com.br



MARIA JOSE DOS SANTOS

Rotário: 14-002-583-4000

83690000000-8 94730149000-1 10081482018-7 05600002019-0



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

01/06/2018

R\$ 94,73

1008148-2018-05-6

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

18 JUN. 2018



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 03/08/2018 12:45:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18080312445262300000015343309>
Número do documento: 18080312445262300000015343309

Num. 15735400 - Pág. 7



**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0843391-62.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulou os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5- Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de



conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, 6 de agosto de 2018.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSIVALDO FELIX DE OLIVEIRA - 06/08/2018 16:48:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18080616482646700000015375527>
Número do documento: 18080616482646700000015375527

Num. 15768657 - Pág. 2

Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0843391-62.2018.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO e INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, JOÃO PESSOA PB, CEP 58030-000, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial. Fique também intimado para em de dez(10) dias, depositar em conta judicial o valor designado de R\$ 200,00; correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

JOÃO PESSOA, em 15 de abril de 2019.

De ordem, ALEX OLINTO DOS SANTOS
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

18080312450989100000015343270



Assinado eletronicamente por: ALEX OLINTO DOS SANTOS - 15/04/2019 14:49:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041514491485400000020001982>

Número do documento: 19041514491485400000020001982

Num. 20563003 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0843391-62.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulou os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5- Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de



conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, 6 de agosto de 2018.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0843391-62.2018.8.15.2001
Classe: COMUM (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que procedi com a notificação do perito.

Zimbra

jpa.1varacivel@tjpb.jus.br

perícia

De : 1A. VARA CIVEL <jpa.1varacivel@tjpb.jus.br> Seg, 15 de abr de 2019 14:57
Assunto : perícia
Para : antoniovituriano@outlook.com
Dr. Antonio Vituriano de Abreu,

Notifico que o senhor foi nomeado perito nos autos do processo de nº 0843391-62.2018.8.15.2001 com o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre as Seguradoras e o TJPB, a ser depositado pela parte ré.

Deste modo, informe se aceita o encargo de perito.



Assinado eletronicamente por: ALEX OLINTO DOS SANTOS - 15/04/2019 15:02:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041515015993700000020002636>
Número do documento: 19041515015993700000020002636

Num. 20563687 - Pág. 1

Intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Att,
Juízo de Direito da 1º Vara Cível da Capital.

JOÃO PESSOA, 15 de abril de 2019
ALEX OLINTO DOS SANTOS



Assinado eletronicamente por: ALEX OLINTO DOS SANTOS - 15/04/2019 15:02:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041515015993700000020002636>
Número do documento: 19041515015993700000020002636

Num. 20563687 - Pág. 2

CERTIDÃO

Certifico, intimei Bradesco Seguros, na pessoa de Vanda Carmen Fabrício Wanderley, conforme ciente exarado, que ficou com a contrafé. Dou fé.

João Pessoa, PB.

22 de abril de 2019

EDILASIO DE ALMEIDA RIBEIRO



Assinado eletronicamente por: EDILASIO DE ALMEIDA RIBEIRO - 22/04/2019 12:45:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042212455414500000020115642>
Número do documento: 19042212455414500000020115642

Num. 20680342 - Pág. 1

**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()**

Nº do processo: 0843391-62.2018.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO e INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, JOÃO PESSOA PB, CEP 58030-000, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-seão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial. Fique também intimado para em de dez(10) dias depositar em conta judicial o valor designado de R\$ 200,00, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

JOÃO PESSOA, em 15 de abril de 2019.

De ordem, ALEX OLINTO DOS SANTOS
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18080312450989100000015343270



Assinado eletronicamente por: ALEX OLINTO DOS SANTOS
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 20563003



19041514491485400000020001982

Vanda Carmem Fabrício Wanderley
Gerente Operacional
337/Sucursal João Pessoa - PB

Bradesco

-17-Abr-2019-07:14-179647-q/

1 de 1

Bradesco Auto Re Cia de Seguros.

16/04/2019 09:53



Assinado eletronicamente por: EDILASIO DE ALMEIDA RIBEIRO - 22/04/2019 12:45:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042212455676100000020115684>
Número do documento: 19042212455676100000020115684

Num. 20680385 - Pág. 1