



Número: **0813322-47.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/03/2018**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA (AUTOR)		DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12846349	01/03/2018 15:44	Petição Inicial	Petição Inicial
12846444	01/03/2018 15:44	Procuração	Outros Documentos
12848746	01/03/2018 15:44	Procuração 1	Outros Documentos
12848760	01/03/2018 15:44	Doc do Veiculo	Outros Documentos
12848794	01/03/2018 15:44	Documento Pessoal	Outros Documentos
12848828	01/03/2018 15:44	Declaração do Proprietario do Veiculo	Outros Documentos
12848856	01/03/2018 15:44	Comprovante de Residencia	Outros Documentos
12848875	01/03/2018 15:44	Contrato	Outros Documentos
12848892	01/03/2018 15:44	Laudo Medico	Outros Documentos
12848917	01/03/2018 15:44	Certidão de Registro de Ocorrencia	Outros Documentos
12848932	01/03/2018 15:44	Cartão Pagamento	Outros Documentos
12848948	01/03/2018 15:44	SAMU	Outros Documentos
12849099	01/03/2018 15:44	Prontuario Parte1	Outros Documentos
12849129	01/03/2018 15:44	Prontuario Parte2	Outros Documentos
15818120	08/08/2018 17:59	Despacho	Despacho
20502936	11/04/2019 17:53	Mandado	Mandado
20578501	15/04/2019 22:22	Diligência	Diligência
20578506	15/04/2019 22:22	Bradesco 26	Devolução de Mandado

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA _____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB.**

PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA, brasileiro, solteiro, leiturista, RG 2706646 SSP/PB, CPF 077.376.674-07, sem endereço eletrônico, residente e domiciliado na Rua Rodrigues Alves, nº 98, Alto do Céu, João Pessoa - Paraíba, vem por advogado, adiante assinado, vem com mui respeitosamente à presença de vossa Excelência, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO –
DPVAT**

, em face **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólton 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:

I - DOS FATOS E DO DIREITO

1. No dia **21/08/2017**, a parte autora foi vítima de acidente automobilístico, onde sofreu **FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR (CABEÇA) DO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA DO ESCAFÓIDE ESQUERDO + CONTUSÃO DO JOELHO DIREITO**, o que acarretou em sequelas graves.

2. A parte promovente, de posse da documentação exigida em Lei, procurou uma das seguradoras conveniadas à extinta FENASEG, atual Seguradora Líder e, após submeter-se a procedimento demasiadamente burocrático, inclusive com realização de perícia por médico indicado pela Seguradora reguladora do sinistro, tendo recebido o valor infimo de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos) no dia 06/02/2018**, valor este muito aquém do estabelecido em Lei. Sendo assim não restou outra alternativa a promovente senão buscar a tutela jurisdicional, afim de garantir o que é seu por direito;

3. Vale salientar, excelência, que a parte demandante só recebeu o benefício muito tempo depois do prazo previsto em lei, qual seja: o de 30(trinta) dias, nos termos do § 1º do art. 5º da Lei 6.194/1974, *in verbis*:

“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.

§ 1ª. A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entre dos seguintes documentos:”

O requerente recebeu o valor de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos) no dia 06/02/2018.

O requerente requer o pagamento máximo do seguimento da tabela, para a sua lesão, cujo valor é R\$ 9.450,00 (nove mil e quatrocentos e cinquenta reais), tendo em vista a gravidade da debilidade que o requerente suporta.

Para tanto, pleiteia a diferença de R\$ 6.918,75 (seis mil e novecentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos).



II – QUANTO A AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML

4. Douro julgador, a ausência do laudo do IML não obsta a comprovação do direito da Autora, o qual poderá ser verificado no curso do processo, por qualquer outro meio admitido em Direito, nos termos dos arts. 131 e 332, do Código Processo Civil:

“Art. 332 Todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, ainda que não especificados neste Código, são hábeis para provar a verdade dos fatos, em que se funda a ação ou a defesa.

Art. 131 o juiz apreciará livremente a prova, atendendo aos fatos e circunstâncias constantes dos autos, ainda que não alegados pelas partes; mas deverá indicar, na sentença, os motivos que lhe formaram o convencimento.”

5. Desse modo, verifica-se que o Juiz não está diretamente ligado a uma prova específica, ao contrário, visto que se encontrado nos autos conjunto probatório robusto, que tenham o condão de formar a justeza do magistrado, a análise da pretensão deduzida pelo Autor não pode ser afastada.

6. Nesse sentido, segue a jurisprudência pátria, *in verbis*:

“CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO. INÉPCIA DA INICIAL. NÃO CONFIGURAÇÃO. BOLETIM DE OCORRÊNCIA E LAUDO DO IML. AUSÊNCIA. JUNTADA COM A INICIAL. DESNECESSIDADE. SUBSTITUIÇÃO POR OUTRO MEIO DE PROVA ADMITIDO EM DIREITO. POSSIBILIDADE.

I - A petição inicial preenche os requisitos estabelecidos no parágrafo único do art. 295 do CPC, não havendo se falar em inépcia.

II - O boletim de ocorrência e o laudo emitido pelo Instituto Médico Legal não são documentos essenciais para a propositura da ação objetivando o recebimento de indenização decorrente de evento coberto pelo seguro DPVAT, podendo ser substituído por outro meio de prova admitido em Direito, inclusive prova produzida no curso do processo.

(...)

IV - Negou-se provimento ao apelo da ré. Deu-se parcial provimento ao recurso do autor.

(20100111546057APC, Relator JOSÉ DIVINO DE OLIVEIRA, 6ª Turma Cível, julgado em 07/12/2011, DJ 15/12/2011 p. 157) – grifei;

APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. COBRANÇA. DESPACHO QUE DETERMINA A EMENDA DA INICIAL. LAUDO DO IML. DOCUMENTO INDISPENSÁVEL À PROPOSITURA DA AÇÃO. POSSIBILIDADE DE COMPROVAÇÃO DA ALEGADA INCAPACIDADE PERMANENTE E DO ACIDENTE POR OUTROS MEIOS. CASSAÇÃO DA SENTENÇA QUE INDEFERIU A INICIAL.

1. O exame de corpo de delito não constitui documento indispensável à propositura da ação em que se postula o recebimento do seguro obrigatório - DPVAT, motivo pelo qual a sua ausência não enseja o indeferimento da inicial com esteio no art. 267, I e IV, e 284, parágrafo único, do CPC, sobretudo quando a petição inicial vem instruída com documentos que têm pertinência com a causa de pedir e o pedido formulado pela autora.

(...)

3. Recurso provido. Sentença cassada.

(20100111548464APC, Relator ARNOLDO CAMANHO DE ASSIS, 4ª Turma Cível, julgado em 31/08/2011, DJ 21/10/2011 p. 157) – grifei;

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. AUSÊNCIA DE PRESSUPOSTO PROCESSUAL. NULIDADE DA SENTENÇA. PRELIMINARES REJEITADAS. PAGAMENTO ADMINISTRATIVO. QUITAÇÃO PARCIAL. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ OU DEBILIDADE PERMANENTE. SENTENÇA REFORMADA.

1 - O laudo emitido pelo IML não é documento necessário para a propositura da ação cujo pedido seja o pagamento da indenização decorrente de evento coberto pelo seguro DPVAT, e sim meio de prova que pode ser substituído por outro admitido em Direito.

(...)

Apelação Cível provida.



(20070110977784APC, Relator ANGELO PASSARELI, 5ª Turma Cível, julgado em 27/07/2011, DJ 29/07/2011 p. 139)” – grifei.

7. Assim, a ausência do laudo do IML não é capaz de afastar a pretensão da parte autora, já que não é documento essencial para a propositura da ação objetivando o recebimento de indenização referente ao seguro DPVAT.

III - DO VALOR RECEBIDO A MENOR

8. Vale registrar, Excelência, o que preconiza a legislação aplicável à espécie, mais especificamente a contida no art. 3º da Lei nº 11.482/2007, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não., *in verbis*:

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

13.500,00 (treze mil e quinhentos) - no caso de morte;

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

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".

9. Por outro lado, Douto Julgador, a promovida como só não bastasse descumprir a legislação ao pagar indenização em quantia inferior ao devido por lei, pratica ato ilícito também ao de forma demasiadamente burocrático exigir documentos desnecessários ao deslinde da questão, em total violação ao disposto no §1º do art. 5º da Lei 6.194/1974, *in verbis*:

“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.

§ 1º. A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entre dos seguintes documentos:”

10. Desta feita, Douto Juiz, a parte demandante, manejando o seu jus postulanti, direito garantido a qualquer cidadão brasileiro, previsto na Lei Maior, Constituição Federal, vem buscar a tutela jurídica do Poder Judiciário para obter o que é seu de direito.

V - DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

11. Prescreve o inciso VIII do art. 6º do CDC:

“Art. 6º. São direitos básicos do consumidor:

I - omissis...

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do Juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;”

12. Desse dispositivo depreende-se que havendo hipossuficiência do consumidor, é direito básico seu a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova;

13. Assim, requer, desde já, a concessão do benefício da inversão do ônus da prova, a fim de que a promovida seja compelida a apresentar o processo administrativo referente ao seguro obrigatório - DPVAT, caso haja, vez que toda documentação fica retida com a seguradora.

V - DO PEDIDO

Assim, com fulcro na Lei 6.194/74 alterada parcialmente pela Lei 8.441/92, nos art. 186, 927 do CCB, no art. 6º, VI e VIII do CDC, no art. 161, § 1º do CTN, Resolução da SUSEP, requer:

1. que defira o requerimento de inversão do ônus probandi, em face da hipossuficiência da parte promovente;



2. com fundamento no Art. 246, I, do Código de Processo Civil Pátrio, seja procedida a citação da demandada através de AR- (Correios e Telégrafos);

3. seja designada audiência de conciliação, instrução de julgamento;

4. A PROCEDÊNCIA TOTAL DA AÇÃO PARA QUE A EMPRESA SEGURADORA SEJA CONDENADA À PAGAR A QUANTIA QUE CORRESPONDE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR LEGAL DE R\$ 9.450,00 (nove mil e quatrocentos e cinquenta reais) E O MONTANTE PAGO ATÉ O MOMENTO, VALOR ESTE ACRESCIDO DE CORREÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA;

5. que o valor da condenação seja devidamente acrescido de juros e correção monetária, como determina a Sumulas 43 e 54 do STJ, ou seja, a partir do evento danoso;

6. seja condenada a demanda em 20% referente a honorários advocatícios sobre o valor da condenação;

7. A concessão do benefício da justiça gratuita, tendo em vista que o(a) autor(a) não apresenta atualmente condições financeiras suficientes para arcar com as custas processuais sem comprometer o seu sustento e da sua família, nos termos da Lei de nº 1.060/50;

8. A produção de todos os meios de prova permitidos em direito, principalmente o depoimento pessoal das partes, a oitiva de testemunhas, a juntada de documentos, realização de perícia, nos termos do convênio firmado entre a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT e o TJ/PB (convênio n. 015/2014), e etc;

Dando-se à causa o valor de **R\$ 6.918,75 (seis mil e novecentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos).**

Nestes termos,

Pede deferimento.

João Pessoa, 01 de Março de 2018.

Diogo Vinicius Hipolito e Silva Moreira
OAB/PB nº 17.065

QUESITOS PARA PERÍCIA

1. DA LESÃO RESULTOU INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE TRINTA DIAS?



2. RESULTOU DEBILIDADE PERMANENTE DE MEMBRO SENTIDO OU FUNÇÃO?
3. RESULTOU INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O TRABALHO?
4. RESULTOU PERDA OU INUTILIZAÇÃO DE MEMBRO SENTIDO OU FUNÇÃO?
5. RESULTOU DEFORMIDADE PERMANENTE?



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA, brasileiro (a), solteiro (a), leiturista, RG 2706646, CPF 077.376.674-07, residente e domiciliado na Rua Rodrigues Alves, 98, Alto do Céu, João Pessoa – PB.

OUTORGADOS: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB - PB sob o nº 17.065 com endereço profissional na Av. Dom Pedro II, nº 972, Sala 108, Centro, CEP 58040-440, João Pessoa- PB.

PODERES: São conferidos aos outorgados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicium et extra*", para representá-lo em repartições públicas federais, autarquias e especialmente perante Cartórios de Notas, tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e quaisquer documentos que se façam necessários judicial ou extrajudicialmente, pleitear extrajudicialmente inventário e administrativamente lançamento de ITCMD sobre acervo patrimonial, bem como emissão de certidões, guias de pagamento, dentre outras, conferindo-lhes ainda poderes para, em qualquer instância, Juízo ou Tribunal, propor ação, defesa, recursos e quaisquer medidas judiciais que permitam o fiel cumprimento do mandato, como levantamento de valores por alvará judicial, seguindo-a até o final, sendo expressamente autorizados os outorgados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, sacar e levantar valores, dando quitação plena e irrevogável, agindo tudo em conjunto ou separadamente, autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem.

DECLARAÇÃO: O outorgante DECLARA, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, do art. 99 §3º e §4º da Lei Federal nº 13.105/15, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa/PB, 04 de Janeiro de 2017.

Paulo Roberto Alves Salviano de Souza

OUTORGANTE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: TEC. LATORISTA Nº DO RG: 04839822403
ORGÃO EMISSOR: DETRAN - PB DATA DE EMISSÃO: 09/05/13
Nº CPF: 077.376.674-07 ENDEREÇO: RUA RODRIGUES ALVES, N.º 98
ALTO DO CÉU, JOÃO PESSOA - PARAIBA

OUTORGADO: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 17.065
ORGÃO EMISSOR: OAB - PB DATA DE EMISSÃO: 05/03/12
Nº CPF: 055.801.774-61 ENDEREÇO: R. MARIA APARECIDA NEIVA DE
GOULART, N.º 72, APT. 404, JARDIM OCEANIA, JOÃO PESSOA - PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) entrar no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa (PB), 09 de JANEIRO de 2018.


assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.





Assinado eletronicamente por: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA - 01/03/2018 15:40:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18030115305777700000012554167>
 Número do documento: 18030115305777700000012554167

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PAULO SALVIANO DE SOUZA,
RG nº 634.500, data de expedição 29 / 01 / 79,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 250.683.854-68,
com Domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado
de PB, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada) RUA RODRIGO ALVES,
nº 98, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA, cujo o condutor
era PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA.

Veículo.....: YAMAHA FACTOR YBR 125 K
Ano.....: 2011
Modelo.....: 2011
Placa.....: MOR 1942 - PB
Chassi.....: 9CB KE1520 B0025577
Data do acidente.: 21/08/2017

Local e data: João Pessoa, 15 de Dezembro de 2017

X Paulo Salviano de Souza
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



PAULO SALVIANO DE SOUZA
RUA RODRIGUES ALVES, 98 - MANDACARÉ
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58073-947 (A9 1)

Emissão: 08/11/2017 Referência: Nov/2017
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-250, Km 25 - Canto Reatante, João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
Roteiro: 3 - 1 - 212 - 3902 Nº medidor: 0002340824

Energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Canto Reatante, João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.086.183/0001-42 Ins. Est. 16.015.629-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 179 792
Cod. para Deb. Automático: 00002214013

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Nov/2017	08/11/2017	07/12/2017	25068385468

UC (Unidade Consumidora): 5/221401-3

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL:
CADASTRO BIOMÉTRICO
A IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATORIA E GRATUITA
O TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA QUANTO
AO CADASTRAMENTO: PROCURE UM CARTÓRIO ELEITORAL
MÁS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
08/10/17	20431	08/11/17	20771		340	32
Demonstrativo						
CCI - Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Cco	Aut. Ioma (R\$)	Base (Ipo) (R\$)
		Tributos (R\$)		ICMS (R\$)	Per. Cco (R\$)	Per. Cco (R\$)
				ICMS (R\$)	Per. Cco (R\$)	Per. Cco (R\$)
0801 - Consumo em kWh		286,000	0,784040	223,34	223,34	2,37
0801 - Adc. B. Vermeia			17,44	17,44	4,71	17,44
					0,22	1,07
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807 - CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA		10,84	0,00	0,00	0,00	0,00
0808 - JUROS DE MORA 10/2017		1,08	0,00	0,00	0,00	0,00
0809 - MULTA 10/2017		3,80	0,00	0,00	0,00	0,00
0806 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2017		0,16	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 - COMPLEMENTO REALISTE TÁRIFARIO 10/2017		19,20	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI - Código de Classificação do Item		TOTAL		279,75	240,78	85,01

Média últimos meses (kWh) 286

VENCIMENTO 16/11/2017

TOTAL A PAGAR R\$ 275,75

Histórico de Consumo (kWh)

259 | 259 | 285 | 312 | 317 | 408 | 300 | 335 | 285 | 279 | 284 | 318

Out/17 | Set/17 | Ago/17 | Jul/17 | Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/16 | Nov/16

55f2ef3cde921be6184a221c39c600c7

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	4,95	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	9,91		
DIC ANUAL	19,82		
FIC MENSAL	9,91	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	19,82		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	39,64		LIMITE SUPERIOR
DIVC	2,77	0,00	
DICR	12,23		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Remuneração de Dist. da Energisa/PB	54,98	19,93
Compra de Energia	79,39	28,75
Serviço de Transmissão	3,41	1,24
Encargos Setoriais	15,20	5,51
Impostos Diretos e Encargos	85,88	31,13
Outros Serviços	19,26	6,99
Total	275,75	100,00

Valor do EUSD (Ref. 9/2017) R\$ 68,28

ATENÇÃO

Faturas em atraso



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: Paulo Roberto Alves Sabriano de Souza, brasileiro (a), solteiro (a), RG 2706646, CPF 07737667407, residente e domiciliado na R. Rodrigues Alves, nº 98, Mandacaru.

CONTRATADOS: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB - PB sob o nº 17.065 com endereço profissional na Av. Dom Pedro II, nº 972, Sala 108, Torre, CEP 58013-420, João Pessoa- PB.

CLÁUSULA PRIMEIRA: As partes contratantes outorgam desde já o caráter de título executivo ao presente instrumento, e elegem o foro desta Capital, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir toda e qualquer questão advinda do mesmo.

CLÁUSULA SEGUNDA: Como remuneração aos serviços profissionais ora contratados, o **CONTRATANTE** obriga-se a pagar, ao **CONTRATADO**, os honorários advocatícios o percentual de 30% (trinta por cento) dos valores aferidos em razão do êxito da ação.

Parágrafo único: Em caso de desistência ou arquivamento por culpa do cliente, serão devidos honorários no valor de dois salários mínimos vigentes da data da assinatura do contrato, por audiência ou por processo desistido.

CLÁUSULA TERCEIRA: O objeto do presente contrato se destina a assessoria jurídica para a obtenção do SEGURO DPVAT, podendo o contratado propor ação judicial para obtenção do seguro, como também requerer administrativamente.

E, por estarem de acordo, firmam o presente contrato, diante de 02 (duas) testemunhas, para que surta os efeitos legais.

João Pessoa / PB, 28 de Agosto de 2017

Paulo Roberto A. S. de Souza
CONTRATANTE


CONTRATADO

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA
DADOS DE NASCIMENTO 16/04/88
NOME DA MÃE MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.022.112

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 21/08/17

HORA DO ATENDIMENTO 15:30

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR (CABEÇA) DO RÁDIO E +
FRATURA DO ESCAFÓIDE E + CONTUSÃO DO JOELHO D

CID 10 S 52.1 + S 62.0 + S 80.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, apresentando dor em cotovelo E e joelho D, queixa ainda de dor à palpação e movimentos do cotovelo e joelho, além de dor no punho E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do punho D
RX do cotovelo E - AP e P
RX do punho D - AP e P
RX do joelho D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade superior (cabeça) do rádio E sem desvio + fratura do escafóide E à TC e aos RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado atendimento, medicação, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 21/08/17

DATA DA EMISSÃO: 11/12/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência

Nº 02230.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02230.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:58 horas do dia 15 de dezembro 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Paulo Roberto Alves Salviano de Souza**, CPF nº 077.376.674-07, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico Leitorista, filho(a) de Maria Alves Salviano de Souza e Paulo Salviano de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/04/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rodrigues Alves, Nº 98, bairro Alto do Céu, tendo como ponto de referência Estação Ferroviária, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98734-9234.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua Golfo da China, Próximo À Galeteria Intermares, Cabedelo/PB, bairro Intermares; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/08/17 14:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTO YAMAHA FACTOR YBR125 K, 2011/2011, PRETA, PLACA MOR1942/PB, CHASSI 9C6KE1520B0025577, registrada em nome de PAULO SALVIANO DE SOUZA, quando perdeu o controle ao desviar de um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 11.12.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, 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, 15 de dezembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE
SOUZA
Noticiante

Procedimento Policial: 02230.01.2017.1.00.420

1/1







PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 710/101, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1798127, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA** idade 29 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 21/08/2017, na Rua Golfo da China, Bairro: Intermares - Cabedelo - aproximadamente às 14:25 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

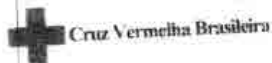
João Pessoa, 25 de Outubro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1022112



Identificação do paciente		Sexo Masculino	
ID 1202536	Nome PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA	Estado civil	Religião
Data de nascimento 16/04/1988	Idade 29 anos 4 meses 5 dias	Pai PAULO SALVIANO DE SOUZA	Prontuário
Mãe MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
Escolaridade		DDD Fixo	Fone Fixo
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988985730	Nº Cns	
Tipo documento CNH	Número documento 04839822403	Tipo BAIRRO	UF PB
Local de procedência INTERMARES		CBO/R	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		
Endereço		UF PB	Logradouro RODRIGUES ALVES
CEP 58027345	Município de residência JOAO PESSOA		Bairro MANDACARU
Número 98	Complemento		
Admissão		Convênio SUS	
Data e Hora 21/08/2017 15:30:25	Número da pulseira 1000006189463	Clinica	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Origem do paciente RUA	
Classificação de risco		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
Indicadores e Transporte		Veio de ambulância Não	Trauma Não
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Quem transportou	
Meio de transporte SAMU			
Sinais Vitais		Pulso	Temperatura
PA	X	mmHg	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos Paciente vítima de queda de moto, consciente, segurado, encaminhado ao EDI. Dr. Jorgelley F.N. Arruda Enfermeira CBO 306348			
Diagnóstico		CID	
Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES		Tempo 32seg	

Imprimir

21/08/2017 1



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA	Data de 16/04/1988	Idade 29	Sexo MASCULINO	Nº 1022112	Nº 1022112	Data Prescrição 21/08/2017 15:38:42
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a 21/08/2017 15:38:42		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

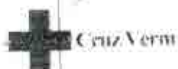
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 PARECER ORTO	0.0							

21 de Agosto de 2017

Olga Santana Lacerda Mariz
Médica
CRM: 10271

Assinatura e Carimbo do Profissional

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
CRM: 10271



silo

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA	BAE 1022112	Data/Hora Entrada 21/08/2017 15:30:25	Data Baixa 2017-08-21 20:24:06.0
Data de nascimento 16/04/1988	Idade 29	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA			Telefone de Contato (83) 988985730
Endereço RODRIGUES ALVES, 98	Bairro MANDACARU	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO	Nº Cons. Regional 7149/PB
Data/Hora Classificação 21/08/2017 20:24:06		Data/Hora Prescrição 21/08/2017 20:24:07	

Anamnese

RADIOGRAFIAS EVIDENCIAM FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO DIREITO SEM DESVIO E FRATURA ? DO ESCAFOIDE ESQUERDO CD: SOLICITO TOMOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO E PRESCREVO TRAMAL E CETOPROFENO

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: DIREITO + ESQUERDO COM POLEGAR.)


CID10

Código	Descrição
S62.0	Fratura do osso navicular [escafoide] da mão

Conduta

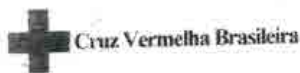
Alta com encaminhamento externo

Alta Hospitalar

Usuário
JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO
Motivo de Alta
ALTA HOSPITALARData e Hora
21/08/2017 20:24:06
Observações
JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO
(7149/PB)

PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA		BAE 1022112	Data/Hora Entrada 21/08/2017 15:30:25	Data Baixa
Data de nascimento 16/04/1988	Idade 29	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988985730
Mãe MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA			Prontuário	
Endereço RODRIGUES ALVES, 98		Bairro MANDACARU	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ		Nº Cons. Regional 10271/PB
Data/Hora Classificação 21/08/2017 15:30:25		Data/Hora Prescrição 21/08/2017 15:38:42		

Anamnese

PACIENTE COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, TRAZIDO PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO CERVICAL E EM PRANCHA RÍGIDA. REFERE USO DE CAPACETE NO MOMENTO DA QUEDA. NEGA TRAUMA CRANIANO. REFERE DOR EM COTOVELO ESQUERDO E JOELHO DIREITO. QUEIXA DE DOR À PALPAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO EM COTOVELO ESQUERDO E JOELHO DIREITO, SEM EDEMA, SEM CREPITAÇÃO. TORAX E ABDOME SEM ANORMALIDADES. CD: SOLICITO RX COTOVELO ESQUERDO E JOELHO DIREITO + AVALIAÇÃO ORTOPEDIA + LIBERO DA CIR GERAL

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Olga Lacerda Mariz
Médica Residente / Cirurgia Geral
CRM - PB 10.271

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
(10271/PB)

PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA	BAE 1022112	Data/Hora Entrada 21/08/2017 15:30:25	Data Baixa
Data de nascimento 16/04/1988	Idade 29	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA			Telefone de Contato (83) 988985730
Endereço RODRIGUES ALVES, 98	Bairro MANDACARU	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 21/08/2017 15:30:25		Data/Hora Prescrição 21/08/2017 18:24:22	

Anamnese

RADIOGRAFIAS EVIDENCIAM FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO DIREITO SEM DESVIO E FRATURA ? DO ESCAFOIDE ESQUERDO CD: SOLICITO TOMOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO E PRESCREVO TRAMAL E CETOPROFENO

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: ANALGESIA)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: ANALGESIA)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TOMOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO FRATURA ESCAFOIDE ?)

Conduta

Em observação

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(6902/PB)

PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA





RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA	Data de	16/04/1988	Idade	29	Sexo	MASCULINO	Nº	1022112	Nº	21/08/2017 18:24:22
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor		Posto de Trabalho							Prescrição válida a
											21/08/2017 18:24:22

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apazamento
1 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	2.0	ML		E.V.		AGORA	Observação: ANALGESIA	
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	Observação: ANALGESIA	

21 de Agosto de 2017

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
CRM: 6902

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000727537

Idade: 29 anos

Paciente: PAULO ROBERTO ALVES SALVIANO DE SOUZA

Data: 21/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura cominutiva do escafoíde, sem diástase ou desvio significativo dos fragmentos.
Não há evidências de calcificações periarticulares.
Densidade óssea normal.
Espaços articulares conservados.
Pequeno derrame articular.
Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.
Edema de pele e tecido celular subcutâneo.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 21/08/2017 21:47

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB





Hospital Samaritano

PACIENTE: PAULO ROBERTO SALVINO DE SOUZA
CONVÊNIO: AMIL DATA: 01/09/2017

RELATÓRIO CIRÚRGICO

CIRURGIÃO: DR. ANTONIO A LACERDA

1º AUXILIAR: DR. BRUNO MONTENEGRO

ANESTESISTA: DR. LUIZ PRIORE

INSTRUMENTADOR: JOSENICE

HORA INICIAL: 14:30 **HORA FINAL:** 16:00

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO ESCAFOIDE COM LESAO LIGAMENTAR

CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ESCAFOIDE COM FIXACAO

TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO REGIONAL E GERAL

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

INTERCORRÊNCIAS CIRÚRGICAS: NÃO HOUVE

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- ASSEPSIA E ANTISSEPISIA NO MEMBRO SUPERIOR ACOMETIDO
- INCISAO DE 5CM VOLAR
- TENOLISE NO TUNEL OSTEOFIBROSO
- TENOTOMIA
- REDUÇÃO DA FRATURA DO ESCAFOIDE COMINUTIVA INTRA-ARTICULAR FIXACAO COM PARAFUSOS
- REPARACAO LIGAMENTO
- REVISAO DE HEMOSTASIA
- SUTURA DE SUBCUTANEO
- CURATIVO
- TALA LUVA

MATERIAL USADO:

- 01 PARAFUSO ESCAFOIDE
- 02 FIOS GUIAS

Dr. Antonio A. de Lacerda
Cirurgião da Mão - CRM-5078
Whatsapp 99141-1983





Paciente: Paulo Roberto Alves S. de Souza Convênio: Amil
 Cirurgia: Trat de incisão e lipo Data: 01/09/2017
 Cirurgião: Dr. Antonio Almeida Anestesista: Dr.
 Auxiliar 1: Dr. Bruno Mendonça Anestesia: Bloqueio de Pire
 Auxiliar 2: Fernando + Jovanna Circulante: gufelimo
 Instrumentador: Fernando + Jovanna Idade: 290

MEDICAMENTOS		Tilatil	mg
Água Destilada 10 ml	Droperidol	00	Nimbium
Adrenalina	Etomidato		Neomicina Pomada
Aminofilina	Efedrina		Neocaina Isobárica
Amicarina	Fenergan		Neocaina Pesada
Atropina	Fentanil 2ml	01	Novabupi 0,5 c/v
Bextra 40mg	Fentanil 10ml		Novabupi 0,5 s/v
Buscopam Composto	Flagyl 500mg		Nubalm
Buscopam Simples	Fenitoina		Omeprazol
Brycanil	Flumazenil		Oxacilina 500mg
Clonidina	Gentamicina		Pavulon
Cipro 200mg	Glicose 50%		Plasil
Duo Decadron	Hidrocortisona		Precedex
Dimor 0,2mg	Keflim 1g	00	Profenid
Dimor 10mg	Kefazol 1g		Propofol
Dimor 1mg	Ketalar/Ketamin		Prostigumine
Dexametasona mg	Kolagenase Pomada		Quelicim mg
Dipirona Sódica	Lasix		Rapifen
Dobutal	Liquemine		Ranitidina
Dormerid	Narcan	01	Rocefin 1g
Diazepam	Nauseidron		Telebrix

SOLUÇÕES		Clorexidina 2% degerm.	UF
Soro Fisio. 0,9% 1000ml	Soro Ringer c/ Lactato	00	UF
Soro Fisio. 0,9% 500ml	Água Destilada 1L		
Soro Fisio. 0,9% 250ml	Purisol		
Soro Glicosado 5% 250ml	Manitol		
Soro Glicosado 5% 500ml	Voluven		

MATERIAIS DESCARTÁVEIS		Cutucão de Ligaclip
Agulha 13x4,5G	01	Conexão 2 vias
Agulha 25x7G	01	Dreno Penrose 1
Agulha 40x12G	01	Dreno Penrose 2
Agulha Raqui 25G		Dreno Penrose 3
Agulha Raqui 26G		Dreno Sucção 3,2
Agulha Raqui 27G		Dreno Sucção 4,8
Agulha Peridural 16G		Dreno Sucção 6,4
Agulha Peridural 17G		Dreno Tórax 32
Agulha Peridural 18G		Dreno Tórax 36
Agulha de Bloqueio Plexo	01	Dreno Tórax 38
Jelco 14G		Esparadrapo 30cm
Jelco 16G		Eletrodos
Jelco 18G		Equipo Macrogotas
Jelco 20G		Equipo Microgotas
Jelco 22G	01	Escova degermante
Jelco 24G		Gorro Descartável
Atadura Crepom 15cm	02	Gaze Pacote
Atadura Crepom 30cm		Gelfoan
Atadura Gessada		Surgicel
Coletor Sist. Aberto		Intracath
Coletor Sist. Fechado		Catéter monolúmen
Catéter Nasal	01	Filtro bacteriológico
Catéter Peridural 16		Capa VDL

EQUIPAMENTOS		RX / arco Cirúrgico
Aspirador	OK	Tricotomia
Bisturi Elétrico	OK	Peça Cirúrg.
Bomba de Infusão	OK	Destino
Carro de VDL	OK	

Thianna Cardoso de Almeida






Nome: Paulo Roberto A. Salviato de Souza
Convênio: Amil Data: 01/09/14
Cirurgia realizada: Exstirpa Bexiga

Equipe médica:

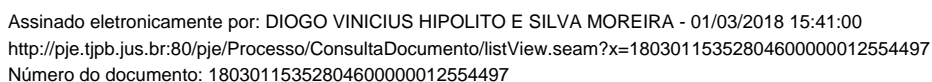
- Cirurgião: Antonio Almeida
 • 1º Auxiliar: Bruno Montenegro
 • 2º Auxiliar: —
 • Anestesista: Duiz Paulo
 • Instrumentador: 10º + Ex namo
 • Circulante: qualino

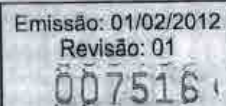
Quantidade	Material
01	Roxofuso CBs 24x 23 mm
02	Exo Quio, 1,5 mm
	

Preenchido por:

Vivianne Cardoso de Almeida
Enfermeira
COREN-PB 295669

Data: 01/09/17



[illegible]

OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO
CASO SEJA NECESSÁRIO UTILIZE O VERSO DO FORMULÁRIO PARA DESCREVER OU COLAR ETIQUETAS

0075164





Hospital Samaritano

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Paula Roberto A. Solvino de Souza

Atendimento: Urgência

Convênio: Amil

Cirurgia: Enat. de escape de coluna ligamentar

Cirurgião: Dr. Antonio Jacina + Dr. Bruno Montenegro

Sala: 04 Data: 01/09/2017

Circulante de sala (não rubricar): Jucelina

Jucelina Faustino
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 577767

30.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	27.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	30.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	29.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	29.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	25.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE
30.11.17 05 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	03.09.17 04 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	06.09.17 07 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	29.11.17 05 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	29.11.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	25.11.17 04 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE
1234	1410	1234	1491	1156	1152
31.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	29.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	30.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	29.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	30.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	31.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE
07.09.17 04 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	29.11.17 07 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	06.09.17 01 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	29.11.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	30.11.17 06 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	30.11.17 07 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE
1410	1491	1491	1450	1234	1234
31.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	31.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	31.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	31.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	28.08.17 02 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	
07.09.17 05 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	30.11.17 05 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	07.09.17 05 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	07.09.17 04 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	28.11.17 07 Data do Processo Data de Validade No. do Equipamento No. do Ciclo No. do Operador BROWNE	
1410	1410	1410	1410	1029	



CHECK LIST CIRURGIA SEGURA – SALVA VIDAS

Paciente: <u>Paulo Roberto Salviato de Souza</u>	Data: <u>01/03/17</u>
Me da Mãe:	Convenio: <u>Amil</u>
Cirurgião: <u>Antonio Almeida</u>	1ª Aux. Cirurgião: <u>Bruno</u>
Anestesista: <u>Luiz Chiori</u>	Circulante: <u>Jucelina</u>
Cirurgia:	

REGISTRO: 4672025
NOME: PAULO ROBERTO A SALVIANO DE SOUZA
DN: 16/04/1988 (29 ANOS)
MÃE: MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA
CONVENIO: AMIL/APTO
INTERNAÇÃO CIRURGICA - DATA: 01/03/2017

1 – PRE-OPERATÓRIO (INTERNAÇÃO CIRURGICA)

1.1 Informação sobre o paciente:

Pulseira de identificação

(☒) Sim () Não

Jejum

(☒) Sim Tempo de jejum 10 horas

() Não Tipo de alimentação

() NA

HAS/PA _____ / _____ mmHg () DM: _____ mgH/dl

TAXO:

Banho com clorexidina 4% (implante)

() Sim (☒) Não ()

Higiene oral com clorexidina 0,12% (anestesia geral)

() Sim () Não (☒) NA

Tricotomia Hora:

() Sim () Não (☒) NA

Retirou adornos e/ou próteses

(☒) Sim () Não () NA

Usa marcapasso

() Sim (☒) Não () NA

Termo de consentimento

(☒) Sim () Não () NA

1.2 Fez uso de profilaxia antes da cirurgia?

() Medicamentosa, horas:

() Mecânica (☒) Não

1.3 Lateralidade?

() Direita (☒) Esquerda () NA

1.4 Alergias?

() Sim (☒) Não

QUAL:

1.5 Porta exames?

(☒) Impressos () CD

Avaliação pré anestésica?

() Sim (☒) Não () N/A (Urgência/Emergência)

1.6 Administrado medicação pré anestésica?

() Sim (☒) Não () NA Hora: _____

1.7 Transporte conforme protocolo?

(☒) Sim () Não

Assinatura / Carimbo Coren

2 – ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

2.1 Checagem de equipamentos

(☒) Carro de anestesia + Alarmes (☒) Aspirador

(☒) Oxigênio + Agentes Inalatórios

(☒) Bisturi elétrico (placa + cabo)

(☒) Realizado desinfecção da sala, no dia

() Conferido esterilização das embalagens

(☒) Conforme () Não conforme () Ausente

(☒) OPME (☒) Sim () Não () NA

2.2 Transposição do paciente

(☒) Trava da mesa cirúrgica

(☒) Maca e mesa nivelada

2.3 Via aérea difícil Risco de Broncoaspiração

() Sim + Material Específico (☒) Não

2.4 Risco de perda sanguínea

() Sim (2 Acesso, intravenoso calibrosos)

(☒) Não

() Reserva de Hemocomponente

() Sim (☒) Não

Jucelina Faustino
Téc. de Enfermagem
Assinatura / Carimbo Coren

3 – ANTES DA INCISÃO CIRURGICA

3.1 Confirmar se toda equipe se apresentou pelo nome e função: (☒) Sim () Não

3.2 Antibioticoprofilaxia feito (30/60mm) antes da incisão? (☒) Sim () Não Qual:

3.2.1 Realizar repique (antibiótico) em cirurgia >3hs

() Sim (☒) Não

3.3 Realizado antisepsia do campo operatório

(☒) Sim () Não Com quê? Alco

3.4 Equipe médica conformou verbalmente

(☒) Paciente (☒) Procedimento

3.5 Imagem disponível?

(☒) Sim () Não () NA

3.6 Uso seguro do Eletrocáterio, proximidade da placa à incisão:

() Coxa (☒) Panturrilha () Glúteo () NA

(☒) Direito () Esquerdo () Completa

3.7 Materiais Solicitados e Disponíveis:

(☒) Estimulador de Nervo Periférico

(☒) Intensificador de Imagem

() N / A (Urgência / Emergência)

3.8 – Exames protocolados e devolvidos

(☒) Sim () Não () N / A

Jucelina Faustino
Téc. de Enfermagem
Assinatura / Carimbo Coren

4 – AO TERMINAR A CIRURGIA

4.1 – Equipe conforma verbalmente

(☒) Nome do procedimento realizado

() Peça cirúrgica corretamente acondicionada

(☒) Repique antibiótico-profilático (> 3hs)

(☒) Transporte do paciente (em bloco)

() Drenos, sondas e acessos pinçados e identificados

4.2 – SSVV

PA (120) X (80) TAX () C

4.3 Destino

() URPA () APTO () UTI

Jucelina Faustino
Téc. de Enfermagem
Assinatura / Carimbo Coren



Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

REGISTRO: 4672025 NOME: PAULO ROBERTO A SALVIANO DE SOUZA DN: 16/04/1988 (29 ANOS) MAE: MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA CONVENIO: AMILAPTO INTERNAÇÃO CIRURGICA DATA: 01/09/2017	Paciente: <u>Paulo Roberto Salviano</u>	Data: <u>01/09/17</u>
	Nome da Mãe:	Convênio: <u>Amil</u>
	Cirurgião: <u>Antonio Almeida</u>	2ª Cirurgião: <u>Paulo</u>
	3ª Cirurgião: <u>—</u>	Anest. <u>Luiz Paulo</u>
	Cirurgia:	Origem:

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Procedência: () Recepção () Urgência () Enfermaria (X) Apartamento () UTI

Prótese dentária: () Sim (X) Não

Jejum: (X) Sim () Não

Uso de Medicamentos: () Sim (X) Não Qual: —

Alergias: () Sim (X) Não Qual: —

Morbidades: () Obesidade () Hipertensão () Diabetes () Asma () Outros: —

EVOLUÇÃO NA SALA CIRÚRGICA

Punção Venosa: (X) Periférica MS D () Subclávia () Dissecção Venosa () Jugular

Posição do Paciente no Trans-Operatório: (X) Dorsal () Ventral () Lateral E/D () Ginecológica

Sondagem Vesical: () Sim (X) Não nº — () 2 Vias 3 () 3 vias c/irrigação

Tipo: () Demora () Alívio

Presença de Diurese: () Sim () Não

Tipo de Anestesia: () Geral () Raquianestesia () Peridural (X) Sedação () Local () Geral Venosa

Destino: (X) Apto () UTI () Alta Hospitalar () Óbito () URPA Hora da Saída: — : — hs

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Às 14:20 admiti paciente neste setor para submeter a cirurgia em MSE.
 Consciente, orientado, sem alergias e morbididades.
 Após procedimento realizado, paciente liberado pelo anestesista para o
 pós-operatório com intercorrências.

Vivianne Cardoso de Almeida
 Enfermeira
 COREN-RB 295669

Assinatura do Enfermeiro (a)
 COREN



Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

REGISTRO: 4672025 NOME: PAULO ROBERTO A SALVIANO DE SOUZA DN: 16/04/1988 (29 ANOS) MAE: MARIA ALVES SALVIANO DE SOUZA CONVENIO: AMILAPTO INTERNAÇÃO CIRÚRGICA DATA: 01/09/2017	Paciente:	Data: <u> 1 / 1 / </u>
	Nome da Mãe:	Convênio: <u>Amil</u>
	Cirurgião: <u>Dr. Paulo M. C.</u>	2ª Cirurgião:
	3ª Cirurgião: <u>Dr.</u>	Anest. DR: <u>Prado</u>
	Cirurgia: <u>Troc. de 20 Cooper de</u>	Origem: <u>AP 53</u>

ADMISSÃO

Recepção do Paciente: ☒ Paciente Interno () Paciente Ambulatorial () Cirurgia Eletiva () Cirurgia de Urgência

Venoclise: () Sim ☒ Não () Periférico - MS () Central

Estado Geral/ Nível de Consciência:

☒ Consciente () Sedado () Outros, SSVV: PA: 138/59 mmHg P: bpm R: lpm SPO2: 100%

TRANS-OPERATÓRIO

Grau de Contaminação: ☒ Limpa: epiderme, subcutâneo, músculo-esquelético, nervoso e cardiovascular

() Contaminada: cólon, reto e ânus, crâneo, () Potencialmente Contaminada: gastrointestinal, respiratório, genito-urinário, oculares e de vias biliares () Infectada: tecido c/ presença de infecção local

Posição do Paciente no Trans-Operatório: ☒ Dorsal () Ventral () Lateral E/D () Ginecológica

Coxim: () Dorsal () Coluna Cervical () Ombro () Tórax () Outros:

Bisturi Elétrico: ☒ Sim () Não Local da Placa: ☒ Panturrilha () Face Posterior da Coxa () Glúteos

Soluções Usada na Assepsia: () PVPI ☒ Clorexidina () Outros:

Cateteres e Drenos: SVD nº <u> </u> () 2 vias	() Acesso central	() JAWG nº <u> </u>
() 3 vias c/irrigação	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso periférico	() Pen rose nº <u> </u>
Antisséptico utilizado <u> </u>	MS <u>D</u>	() Dreno sucção kher
Balão insuflado com <u> </u> ml	() Acesso venoso periférico	() Dreno de blacker nº <u> </u>
Passado por: <u> </u>	MS <u> </u>	() Dreno de torax nº <u> </u>

Ostomias: () Traqueal () Cística () Local

Tipo de Anestesia: () Peridural () Raque () Geral ☒ Bloqueio de Plexo () Sedação

() Sedação () Local () Tubo Endot. nº Fio guia: () Sim () Não () Gase

Serviços Requisitados: () Banco de Sangue () Radiologia () Laboratório

Hora do Início: 14:30 Hora do Término: 16:00

Intercorrências: () Sim ☒ Não Qual:





Hospital Samaritano

Termo de Consentimento Informado para Procedimentos Cirúrgicos

Etiqueta de identificação do paciente	Paciente:	Paulo Roberto Salviano de Sousa	
	Nome da Mãe:	Maria Alves S. de Sousa	Data: 01/09/14
	Cirurgião:	Antonio Lacerda	Origem:
	Convenio:	Amil	2ª Cirurgião:
	Cirurgia:	Fratura de punho	

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Samaritano em João Pessoa.

Nome do Paciente: Paulo Roberto Salviano de Sousa RG: 2106646

Nome do Médico: Antonio Lacerda CRM: 3078

Procedimento Cirúrgico: Fratura de punho

Data da realização: 01/09/14

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiolista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
7. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: Maria Alves S. de Sousa
João Pessoa, 01 de 09 de 14

Termo de Responsabilidade Médica

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do Médico: _____

João Pessoa, ____ de ____ de ____





Hospital Samaritano

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Anestesia e Sedação

Etiqueta de identificação do paciente	Paciente:	Paulo Roberto Sabino de Souza	Data:	01/09/14
	Nome da Mãe:	Maria Alves S. Souza	Origem:	
	Cirurgião:	Antonio Lacerda	Anest.	
	Convenio:	Ramil	2º Cirurgião:	
	Cirurgia:	Fratura de punho		

Autorizo o Dr^o(^a) Antonio Lacerda, CRM: 5078, ou outro médico credenciado ao Hospital Samaritano a realizar o procedimento de anestesia/sedação para o procedimento: Fratura de punho ou Exame: _____, a qual serei submetido em 01/09/14.

A proposta desse procedimento anestésico/sedação possui benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas que me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão realizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital em busca do melhor resultado.

Autorizo qualquer outro procedimento, exames, tratamento ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a oportunidade de anular qualquer espaço em branco, palavras ou parágrafos com o qual não concordasse.

Paciente / Responsável Legal

Nome: Maria Alves S. Souza

RG: 056-865.344-02

Data de nasc.: 15/06/1914 Grau de parentesco: Esposa

João Pessoa, 01 de 09 de 14

Maria Alves S. Souza
Assinatura do Paciente / Responsável legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM _____, expliquei o procedimento de anestesia/sedação ao paciente anteriormente identificado, ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido e esclarecido todas as perguntas formuladas por ele. De acordo com meu entendimento, o paciente/responsável compreendeu tudo o que foi explicado. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desse paciente ou representante legal para a realização dos procedimentos propostos.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura / Carimbo Médico
(responsável pelo procedimento)



PAULO ROBERTO ALVES SALVINO DE SOUZA
CONVÊNIO: AMIL * DATA: 1/09/2017



53
y 672025

PRESCRIÇÃO MÉDICA		
ITENS	MEDICAMENTOS - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIOS
1	DIETA LIVRE APÓS RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	
2	SORO RINGUER 1000 ML EV LENTO PARA MANTER VEIA	
3	CEFALOTINA 1G + AD EV DE 6/6 HORAS	
4	TRAMAL 50MG EV DILUIDO EM 100ML SF0,9% DE 8/8HS	
5	DIPIRONA 2G EV DILUIDO DE 6/6 HS	
6	NAUSEDRON 4MG EV DILUIDO DE 8/8HS SN	
8	CCGG E SSVV	
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

IMOBILIZAÇÃO

EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

IENTE SUBMETIDO AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS E ENCAMINHADO À RECUPERAÇÃO.

Dr. Antônio A. de Lacerda
Cir. da Mão - CRM 5078
Whatsapp 99141-1983

Servidor da Farmácia

Farmacêutico

Elaine Camila da Diniz Guedes
Enfermeira
COREN 454096

* 02/09/17

Dr. Antônio A. de Lacerda
Cir. da Mão - CRM 5078
Whatsapp 99141-1983

Av. Santa Julia, 35, Bairro da Torre, João Pessoa/PB
CEP: 58040-450. Tel: (83) 3048-2100

112544



Alter

D'Imagem

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



CLIENTE: PAULO ROBERTO A. SALVIANO DE SOUZA
MED. SOLIC: ANTONIO A. DE LACERDA
DATA: 01/09/2017 CONVÊNIO: AMIL

RADIOSCOPIA (ARCO-CIRURGICO)

Procedimento cirúrgico realizado para acompanhamento de fixação metálica em fratura na Mão esquerda.

OBS.: NÃO IMPRESSO

*"As Palavras de Deus são vida para
os que as acham e saúde para o corpo".
PV:cap6.vs20-22(adaptado).*

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica de interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo. Porque as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda e se limitações do método.

D'Imagem - Diagnóstico por Imagem LTDA.

CNPJ: 11.845.586/0001-17, Av. Santa Julia, 35 (Corredor Principal do Hospitalar Samaritano) - Torre - João Pessoa/PB,
CEP 58040-040, FONE, FAX: (83) 30212229 / E-mail: d.imagem@gmail.com.





Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0813322-47.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

O objeto desta ação é referente a cobrança de Seguro DPVAT.

Assim, defiro a gratuidade judicial requerida, na forma do artigo 98 do CPC.

Diante de inúmeras audiências realizadas nesta Vara que restaram infrutíferas, deixo para momento oportuno a análise da conveniência quanto a realização de audiência conciliatória.

Cite-se e Intime-se a parte Ré para contestar o feito, no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de Contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

JOÃO PESSOA, 08 de agosto de 2018.

Onaldo Rocha de Queiroga

Juiz de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0813322-47.2018.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 5ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte Nome: B R A D E S C O S E G U R O S S / A Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131 para querendo defender-se, no prazo de 15 dias úteis. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cumprindo despacho proferido nos autos, cujo teor é o seguinte:

"Vistos, etc.

O objeto desta ação é referente a cobrança de Seguro DPVAT.

Assim, defiro a gratuidade judicial requerida, na forma do artigo 98 do CPC.

Diante de inúmeras audiências realizadas nesta Vara que restaram infrutíferas, deixo para momento oportuno a análise da conveniência quanto a realização de audiência conciliatória.

Cite-se e Intime-se a parte Ré para contestar o feito, no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de Contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial."

JOÃO PESSOA, em 11 de abril de 2019.

De ordem, JULIANA AMORIM NUNES COSTA
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:

18030115401674800000012551802

DESPACHO:18080817594426800000015423022



C E R T I D ã O

Certifico que, dando cumprimento ao presente mandado, me dirigi ao endereço nele fornecido, lá estando CITEI a parte indicada no mandado, que logo após ter ouvido a leitura do mesmo, tratou de apor a sua assinatura e aceitou a contrafé que lhe ofereci. O referido é verdade do qual dou fé.

João Pessoa, 15 de abril de 2019.

OFICIAL (a) DE JUSTIÇA MAT. 471.260-9



PJE

Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0813322-47.2018.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 5ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte
Nome: BRADESCO SEGUROS S/A
Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131
para querendo defender-se, no prazo de 15 dias úteis. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cumprindo despacho proferido nos autos, cujo teor é o seguinte:

"Vistos, etc.

O objeto desta ação é referente a cobrança de Seguro DPVAT.

Assim, defiro a gratuidade judicial requerida, na forma do artigo 98 do CPC.

Diante de inúmeras audiências realizadas nesta Vara que restaram infrutíferas, deixo para momento oportuno a análise da conveniência quanto a realização de audiência conciliatória.

Cite-se e Intime-se a parte Ré para contestar o feito, no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de Contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial."

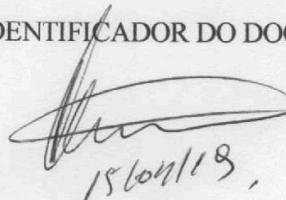
JOÃO PESSOA, em 11 de abril de 2019.

De ordem, JULIANA AMORIM NUNES COSTA
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:
18030115401674800000012551802

DESPACHO:18080817594426800000015423022


15/04/19

Renay Gomes Ferreira
Assist. Operacional
8337/ SUC. João Pessoa



Assinado eletronicamente por: JULIANA AMORIM NUNES COSTA
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 20502936



19041117535532700000019943998

14/04/2019 17:20

