

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01616.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01616.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:37 horas do dia 06 de setembro 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 Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Gledson de Oliveira Honorato**, RG nº 2693076 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Eletricista, filho(a) de Girene de Oliveira Honorato e Heriberto Honorato da Silva Filho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 19/04/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Agrícola Lúcio de Souza, Nº 82, complemento casa, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Colegio Luiz Ramalho, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98717-5655.

**Dados do(s) Fatos:**

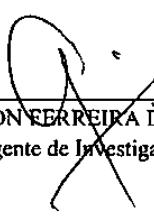
Local: Ladeira do Timbó, Outros, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/05/17 06:07h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHA ANO 2012, DE PLACA OFA-7574-PB, CHASSI Nº 9C2KD0550CR599033, EM NOME DE HERIBERTO HONORATO DA SILVA FILHO, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELO BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRM PB 2329, DATADO DE 29/08/2017.

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, expço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2017.

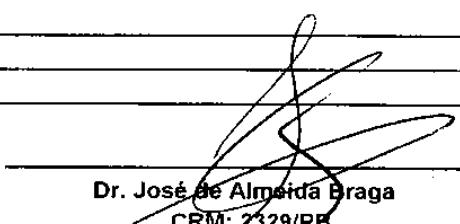
  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

  
GLEDSOON DE OLIVEIRA HONORATO  
Noticiante

Procedimento Policial: 01616.01.2017.1.00.420

1/1



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
<b>LAUDO MÉDICO</b>		
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		
NOME DO PACIENTE	GLEDISON DE OLIVEIRA HONORATO	
DATA DE NASCIMENTO	19/04/82	
NOME DA MÃE	MARIA DAS DORES BEZERRA	
<b>DADOS EXTRAÍDOS</b>		
PRONTUÁRIO N.º	101.924	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	998.953	
DATA DO ATENDIMENTO	08/05/17	
HORA DO ATENDIMENTO	07:25	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
DIAGNÓSTICO (S)	LESÃO EXPOSTA DE TENDÃO PATELAR DIREITO	
CID 10	S86.2	
<b><u>AVALIAÇÃO INICIAL:</u></b>		
Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando ferimento contuso com lesão exposta de tendão patelar direito. Abdomen sem queixas. TC de crânio, sem anormalidades. Internação para cirurgia.		
<b><u>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</u></b>		
Tomografia computadorizada de crânio		
Tomografia computadorizada de perna direita.		
<b><u>TRATAMENTO:</u></b>		
Tratamento cirúrgico de lesão de tendão patelar direito.		
ALTA HOSPITALAR:	11/05/17	
DATA DA EMISSÃO:	29/08/17	
 Dr. José de Almeida Braga CRM: 2329/PB		
<b>ATENÇÃO:</b> 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, an -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 998953



Identificação do paciente			
ID 1168480	Nome <b>CLELDSON DA SILVA HONORATO</b>		
Data de nascimento 19/04/1982	Idade 36 anos 19 dias	Estado civil	Religião
Mãe <b>SHIRLANE DE OLIVEIRA HONORATO</b>	Pai <b>HERIBERTO DA SILVA FILHO HONORATO</b>		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) <b>O MESMO - O MESMO(A)</b>		
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Crs	
Local de procedência <b>BANCARIOS</b>		Type <b>BAIRRO</b>	UF <b>PB</b>
Email	Naturalidade <b>JOAO PESSOA</b>	CBO/R	
Endereço			
CEP 68067470	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>ANA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE TEIXEIRA LIMA</b>
Número 86	Complemento		Bairro <b>MANGABEIRA</b>
Admissão			
Data e Hora 08/05/2017 07:26:26	Número da pulseira <b>1000006088605</b>		Convôgio <b>SUS</b>
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RUA</b>		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>MOTO X OBJETO</b>	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte <b>RESGATE - BOMBEIROS</b>	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Dados clínicos	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Diagnóstico			CID FA
Atendido por <b>PRISCILA JORGE DA SILVA</b>			Tempo 62seg

[Imprimir](#)

08/05/2017 07:23





**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

三

## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

# PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		JORGE PESSOA FONE: (11) CELULAR: (11) IDADE: 30 DT. ENTRADA:	IDADE:	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"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Queimadura		
	<input type="checkbox"/> Mordedura	<input type="checkbox"/> Objeto encravado	<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:		
<b>DADOS CLÍNICOS (sintomas)</b>							
<b>ATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:</b>							
EXAME FÍSICO	PA: _____ / _____ mmHg	R: _____ bpm	SpO2: _____	Tax: _____			
<b>Sistema Neurológico:</b>							
Nível de Consciência:	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado			
Avaliação das pupilas:		<input type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Midriase				
		<input type="checkbox"/> Anisocôricas	<input type="checkbox"/> Miose				
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea	<input type="checkbox"/> Vias aéreas pélvias				
	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Respiração rápida	<input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas				
	<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo	<input type="checkbox"/> Obstrução 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"/> HDB		<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda			
	Outros:		<input type="checkbox"/> Rrigidez abdominal	<input type="checkbox"/> Distensão abdominal			
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Polüria	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Outros:	
<b>HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:</b>							
<input type="checkbox"/> Internações		<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Cirurgias
			Especificar:				
<b>USO DE MEDICAÇÃO?</b>							
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	Especificar:				
<b>HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:</b>							
<b>IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?</b>							
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:</b>							
<p><i>Roncante, último de odissa muito xusto, constante, volumoso ja fui vacinado contra o teto em 2008 segue todos procedimentos da equipe.</i></p>							
<p><i>Drª Janeclie de Faria Attwad Enfermeira Corep 3362746</i></p>							
DESTINO:	<i>ODI/Fotoconjunto</i>			ENFERMEIRO:	COREN:		

Dr<sup>a</sup> Jane Cleide FLY-ARMADA  
Enfermeira  
Coronel Souza

**DESTINO:** CD/2000/000

---

ENREFORMED

**COREN**

60W6164





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



VERMELHA, S/N -  
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente <b>CLEDSO DA SILVA HONORATO</b>	BAE 998653	Data/Hora Entrada 08/05/2017 07:25:26	Data Baixa
Data de nascimento 19/04/1982	Idade 35	Sexo Masculino	CNS
Mae <b>SHIRLANE DE OLIVEIRA HONORATO</b>			Telefone de Contato
Endereço <b>ANA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE TEIXEIRA LIMA, 86</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X OBJETO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CARLOS MAGALHAES FRANCA</b>	Nº Cons. Regional <b>3792/PB</b>
Data/Hora Classificação 08/05/2017 07:25:26		Data/Hora Prescrição 08/05/2017 07:45:40	

#### amnese

COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO+TCE+FRATURA EM Perna DIREITA+ABDOMÉ FLACIDO E DEPRESSIVO

#### MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 AMPOLA VIA E.V., CONTINUA, (OBSERVAÇÕES: T)  
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: T)

#### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: T)  
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: T)

#### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: T)

TOGRAFIA DE Perna DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: T)

#### CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

#### Conduta

Em observação

Dr. CARLOS MAGALHÃES FRANCA  
CRM-PB 3792  
08/05/2017  
CARLOS MAGALHÃES FRANCA  
(3792/PB)

CLEDSO DA SILVA HONORATO





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBALARANJA, S/N -  
CNES: 2458276 - Tel.:

Paciente <b>CLEDSO N DA SILVA HONORATO</b>	BAE 998953		Data/Hora Entrada <b>08/05/2017 07:25:26</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>19/04/1982</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato
Mae <b>SHIRLANE DE OLIVEIRA HONORATO</b>				Prontuário
Endereço <b>ANA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE TEIXEIRA LIMA, 86</b>		Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X OBJETO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS</b>	Nº Cons. Regional <b>6028/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>08/05/2017 07:25:26</b>			Data/Hora Prescrição <b>08/05/2017 09:17:57</b>	

**Anamnese**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE HOJE +/- 8H. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. NEGA CERVICALGIA. EF: GLASGOW 15, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SEM CERVICALGIA À PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA. TC DE CRÂNIO: AUSÊNCIA DE LESÕES QUE INDIQUEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA, NO MOMENTO. CD: LIBERADO PARA PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO. REAVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA APÓS. (SE NECESSÁRIO)

**Conduta**

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

~~Leonardo P. da Costa Matias~~  
~~Neurocirurgião~~  
~~CRM - PB 6028~~

~~LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS~~  
~~(6028/PB)~~

CLEDSO N DA SILVA HONORATO



**CROZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

**Evolução do paciente**

**EPICRONTUÁRIO:**

**998853**

**NOME DO PACIENTE:**

**Weslley do Nascimento**

**DATA:**

**HORA:**

**DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

Weslley esteve paciente em POM, quando começou a queixar de dor de dentes e dor no lado direito. Foi feita uma escalação e o paciente dormiu. O paciente teve dor de dentes e dor no lado direito.

0200 - Exame físico (medida de CP)

0000 - Orientado para medicamento e PM

0000 - Encaminhado para clínica





**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Cledson da Silva Honório BE/Prontuário: 998953

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino

Cor: \_\_\_\_\_ Data: 08/05/17

Clínica/Setor: ORTOPEDIA

EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de lesão esportiva, detendão

Cirurgião: Dr. Roberto Santos

1º Assistente: MQ1 Pedro patê D

2º Assistente: \_\_\_\_\_

3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesista: Raquel anestesista

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_

Horário: Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Término \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Diagnóstico Pos-Operatório		CID
<u>Lesão esportiva de tendões patêns</u> <u>D</u>		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de lesão de tendões patêns</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim (P)Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( )Sim (P)Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, 08/05/17

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Pedro Henrique Freitas  
Médico  
CRM-PB 10893

F(NG).ASCIR.009-1





## Nota de Sala Cirúrgica

H.F.TSH

NOME DO PACIENTE: LEDSON DI SILVA HONDRATO			
IDADE: 35	SEXO: M	MONTUÁRIO:	ENFERMARIA:
CIRURGIA: TRAT. GRUPO DE LEGS EXPOSTA DE TENDIT PATELAR.		LEITO:	
CIRURGIA DR. REBERTO SANTOS			
ANESTESIA: RUMIAXETASA		FAUX DR. PEDRO R.	
ANESTESISTA: DR. ALIXA VITR			
INSTRUMENTADOR:			
DATA: 08/05/17		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 10:00	CIRURGIA: INÍCIO: FIM: 11:00 HS.
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)		ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )	
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPIDA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAL CONT.	
ALPENTANILA		JELCO N°18	FIOS QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20	FIOS CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22	FIOS CAT GUT CROMADO N°
CETAMINA		JELCO N°24	FIOS DE AÇO N°
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°	FIOS DE AÇO N°
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°11	FIOS DE NYLON N° 2-0
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI N°15	FIOS DE NYLON N°
FENTANILA	PVP1 DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N°23	FIOS DE NYLON N°
FLUMAZENIL	PVP1 TINTURA	LÂMINA BISTURI N°24	FIOS POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO	PVP1 TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIOS POLIGLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	FIOS POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIOS POLIPROPILENO N°
LIDOCÁINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIOS POLIPROPILENO N°
LIDOCÁINA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIOS POLIPROPILENO N°
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIOS POLIGLECAPRONE N°
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL N°8,5	FIOS SEDA N°
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA	FITA CARDIACA
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO	CATETER DE PIC
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°230	SCALP N°19	CIMENTO CIRÚRGICO
RAMPENTANILA	AGULHA RAQUI N°260	SCALP N°21	CLIP TITÂNIO LIGADURA
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°270	SERRINGA 3ML	FIOS DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERRINGA 5ML	FIOS DE KIRSCHNER N°
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERRINGA 10ML	FIOS STEINMAN N°
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERRINGA 20ML	FIOS STEINMAN N°
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
ADRENALINA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	HEMOST. ABSORVÍVEL
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	KIT DERIVA. VENTRICULAR
ATROPINAS	CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	PRÓTESE VASCULAR
BEXTRA	CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	KIT. PAM
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	FIXADOR EXTERNO
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14 (C/ 3,5Kgmp) USADO 08/05/17	EMPRESA
DIPIRONA SÓDICA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais
Efedrina	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSQ
GLUCOSE 5%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSQ
GLUCONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCÁINA GELEIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE		
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS		
PROTAMINA	ESPONJA DE PVP1		EQUIPAMENTOS
TENOKIAN	ESPARADRAPO	FIOS QTD.	( ) ASPIRADOR
	GAZES		( ) BISTURI ELÉTRICO
	GAZES ALGODOADAS		( ) CAPNÓGRAFO
	GEL ELETROLÍTICO		( ) CÁRDIONITOR
	JELCO N°14		( ) DESFIBRILADOR
	JELCO N°16		( ) FOCO AUXILIAR
			( ) FOCO CENTRAL
			( ) MICROSCOPIO
			( ) OXÍMETRO DE PULSO
			( ) P.A. DE MESA NÃO INVASIVA
			( ) PERFURADOR ELÉTRICO
			( ) SERRA
			CIRCULANTE

Jardim das Rosas Centro A24763

FNO.ASCR.021-2

## FICHA DE ANESTESIA

REF ID:

DATA: 08/10/17

PRONTUÁRIO:

26

PACIENTE: <i>Ricardo Silveira Honrado</i>		SEXO: <i>M</i>	COR: <i>35</i>	IDADE: <i>35</i>		
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO	
ESTADO GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> MAU	<input type="checkbox"/> PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	
EXAMES COMPLEMENTARES						
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO				
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL	DROGAS EM USO		A LONQUIDOFONIA	
PRÉ-ANESTÉSICO		A ESPAÇO FÍSICO (ASA)				
DOSE/HORA		T.G.				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura exposta patela</i>						
CIRURGIA REALIZADA						
CIRURGIÃO <i>Roberto</i>		AUXILIARES <i>Pedro R.</i>				
INÍCIO DA ANESTESIA <i>10:00</i>		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	VALORES R\$			
ANESTESISTA <i>Alana Vital</i>		CPF	CRM-PB <i>7128</i>			
AGENTESE/HORA	<i>10:08 11:13</i>					
O <sub>2</sub> N <sub>2</sub> O						
LÍQUIDOS VENOSOS	<i>(R) (F)</i>					
O <sub>2</sub> PULSO	220	200	180	160	140	120
CÓDIGO CRÍTICO						
X ANESTÉSICA	PARTEIRA/BISTÔICA/DIÁSTOLICA	100	80	60	40	20
ANESTESIA						
ANESTÓSIS	<input checked="" type="checkbox"/> FÍSICAL	<input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> ANDATÓSIS	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
TECNICA	<i>RAQUEL 26g, 1 en elox, infuso 1+2</i>					
LÍQUIDOS	Volume em ml:	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO				
GLUCOSE	1	BUDIOSIPOSAL	15MG	11		
NAACL	2	MORFINA	0,04G	12		
RINGER	3	ETOFOLINA	2G	13		
RINGER	4	DEXAMETASONA	10MG	14		
TOTAL	5	DVS	7DMU	15		
DESTINO DO PACIENTE	6	FENOTÁM	25MG/6	16		
<input type="checkbox"/> APT	7	MUDAZOLM	0MG	17		
<input type="checkbox"/> UTI	8			18		
<input type="checkbox"/> OUTROS	9			19		
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10			20		
		ASSINATURA DO ANESTÉSISTA				
						F.(RG)ASCIR.028-1

Alana Vital Nazianzeno  
Médica Anestesiologista  
CRM-PB 7128



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em IDH sole metatarsal. 1º tempo LMC abuminale de fisionomo + desprendimento (joelhos)
Incisão:	Aassociação de cortes cirúrgicos Limpeza abdominal com SF lavagem de túnica com broom 3-5 em regime t. hidroalcool.
Achados:	Amarranamento de tendão patello (knee biceps) com fio poliéster. - Testículo esqueridiano do joelho Suturas por planos Curativos exteriores
Conduta:	
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

Dr. Pedro Henrique Freitas  
Médico  
CRM-PB 10575

João Pessoa, 08/05/17

F(NG).ASCIR.009-1



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Cledson da Silva Honório BE/Prontuário: 998953  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 08/05/17

Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de lesão esportiva, detendo  
 Cirurgião: Dr. Roberto Santos 1º Assistente: MR1 Pedro patela

2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Rapini anestesia

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pos-Operatório		CID
<u>Lesão esportiva de tendão patela (D)</u>		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de lesão de tendão patela</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 VRPA

Médico/CRM: Franco Dr. Pedro Henrique Freitas  
 CRM-PB 10375

João Pessoa, 08/05/17

F(NG).ASCIR.009-1





## **Nota de Sala Cirúrgica**

HEF 134

FONDAZIONE CARLO CAVOUR



**CRM-PB 7128**





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em TDDH sole anestesiado 1º tempo LMC abertura de ferimento + desbridamento (jocelne)
Incisão:	Apreensão de corpos estranhos Limpeza cruentante com SF lavagem do túnel com broom 3,5 em repleto + Lítil profissional Amarramento de ferimento peritoneal (Kocher) com fio poliéster.
Achados:	- Testículo estérilizado da jocelne Sutura por plumes Curvaturas estériles
Conduta:	
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

Dr. Pedro Henrique Freitas  
CRM-PB 10575

João Pessoa, 08/05/17

F(NG).ASCIR.009-1



## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### OOUTORGANTE:

Nome: GLEDISON DE OLIVEIRA DA SILVA HONORATO

Insinhu

CPF/MF: 012388704-65 RG: 2693076  
Endereço: R. Agostinho Soárez de Souza, 82  
Mangalene, CEP: 58056-110 João Pessoa - PB

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

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.

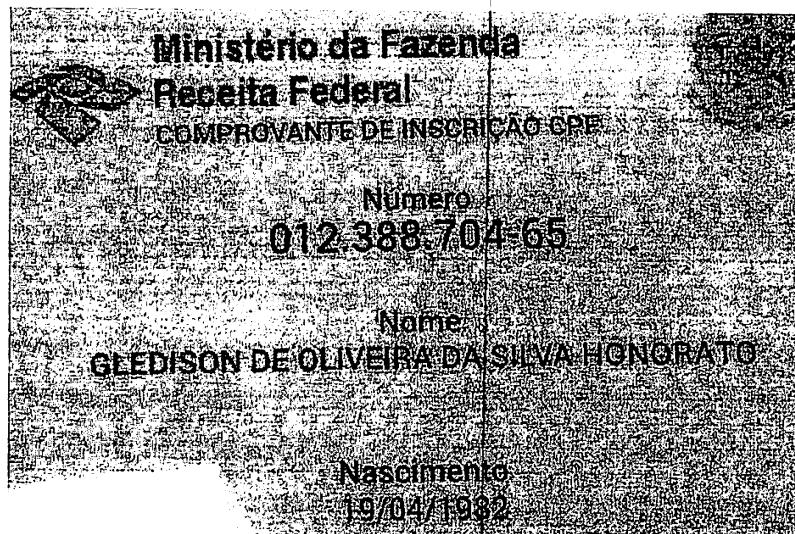
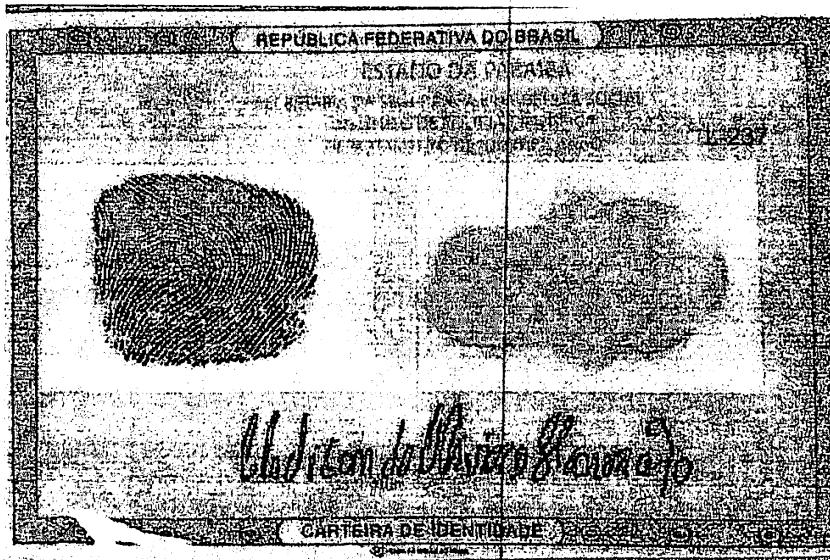
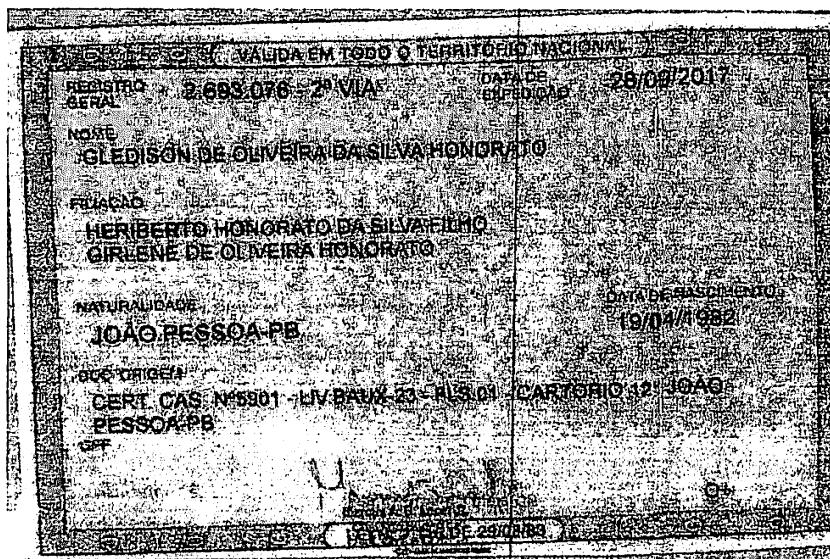
### GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

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**.

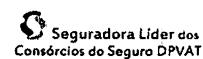
João Pessoa – PB, 1º de janeiro de 2018.

Gledison de Oliveira Honorato  
Outorgante





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100798/18

Vítima: GLEDISON DE OLIVEIRA DA SILVA  
HONORATO

CPF: 012.388.704-65

CPF de:  
Próprio

Data do Acidente: 08/05/2017

Titular do CPF: GLEDISON DE OLIVEIRA DA SILVA  
HONORATO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

<b>Sinistro</b> Boletim de ocorrência Declaração de Inexistência de IML Documentação médico-hospitalar Documentos de identificação  <b>GLEDISON DE OLIVEIRA DA SILVA HONORATO : 012.388.704-65</b> Autorização de pagamento Comprovante de residência	
---	--

<b>ATENÇÃO:</b>  - 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 <a href="http://www.dpvatseguro.com.br">www.dpvatseguro.com.br</a> ou ligue 0800-0221204.  - A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.  Documentação recebida sem conferência.	
---	--

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 21/03/2018 Nome: GLEDISON DE OLIVEIRA DA SILVA HONORATO CPF/CNPJ: 012.388.704-65	Data do cadastramento: 21/03/2018 Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa CPF: 423.820.764-53
GLEDISON DE OLIVEIRA DA SILVA HONORATO	Sandra Maria Accioly Pedrosa





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do Beneficiário ou do Representante Legal e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal")

Número do Sinistro ou ASL  CPF da Vítima  Nome completo da vítima   
**012 388704-65 Gledison de O. Honorato**

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **Gledison de Oliveira Honorato** CPF titular da conta: **012 388704-65** Profissão: **eletricista**  
Endereço: **Rua Agrício Lucio de Souza** Número: **82** Complemento:  
Bairro: **Mangabeira** Cidade: **João Pessoa** Estado: **Parába** CEP: **58056110**  
Email: **98717 5655**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR  SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 21 MAR. 2018

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **3487** D/V **3** CONTA NRO. **35505** D/V  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
NOME

AGÊNCIA NRO. **3** CONTA NRO. **3**  
(Informar dígito se existir) **CONFIRDO COM O ORIGINAL**

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**gledison .30 de janeiro de 2018**  
Local e Data

**Gledison de Oliveira Honorato**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SINCOR/PB

21 MAR. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474  
OUVIDORIA 0800 725 7474

005-462032741-6

05/JAN/2018 HORA DF 14:17:02

LOT: 13.04597-7 TERM: 018600  
LOCALIDADE: JOÃO PESSOA  
AG. VINCULADA: 3487 CONNOLF: 600739424

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3487 013 00035505-3

GLEDISON DE OLIVEIRA DA S

VALOR

ESTE RECIBO É VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

005-462032741-6

1ª VIA



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gledison de Oliveira Honnato,

RG nº 2693076, data de expedição 28/09/17, Órgão SOP/PB,

CPF nº 012388704-65, 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 Acácio Lucio de Souza</u>
Número	<u>nº 82</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Mangabeira</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58056110</u>
Telefone de Contato	<u>987175655</u>
E-mail	

*CONFIRMO COMO ORIGINAL*

*SINCOR/PB*  
*21 MAR. 2018*

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 30/01/18

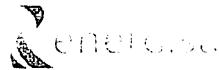
Assinatura do Declarante: Gledison de Oliveira Honnato



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal  
Documento não é segunda-via de conta  
Boleto para impressão para download ou impressão

Nº 000.577.420



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230 Km 75 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183-0001-40 - Insc Est 16.015.821-4

## DADOS DO CLIENTE

HERIBERTO HONORATO DA SILVA  
RUAAGRICIO LUCIO DE SOUZA 82  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/320067-2

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCTIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2018	15/01/2018	115	22/01/2018	R\$ 93,13



HERIBERTO HONORATO DA SILVA

Roteiro: 08-005-220-0720  
83640000000-3 93130149000-5 03200672018-2 01000005019-4

VENCTIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA

22/01/2018

R\$ 93,13

320067-2018-01-0



SINCOR/PB

21 MAR. 2018

CONFIRDO COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 08/02/2019 10:40:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020711333646800000018555631>  
Número do documento: 19020711333646800000018555631

Num. 19068537 - Pág. 7



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também pelo seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Gledison de Oliveira Honório | CPF da Vítima: 092 388 704-65 | Data do Acidente: 08-05-2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: SINCOR/PB | CPF do Representante legal: 21. MAR. 2018

Email:

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 dias de prazo de prova; ou  
 O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias de prazo de prova.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia realizada pela Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, de acordo com a legislação (Lei nº 6.194/74).

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

gledison, 30 de janeiro de 2019  
Local e Data

Gledison de Oliveira Honório  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

PJe  
PROCESSO JUDICIAL  
ELETRÔNICO

---

1ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

PROCESSO NÚMERO - 0801077-61.2019.8.15.2003

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S): [SEGURO]

AUTOR: GLEDISON DE OLIVEIRA HONORATO

Nome: GLEDISON DE OLIVEIRA HONORATO

Endereço: R AGRÍCIO LÚCIO DE SOUZA, 82, MANGABEIRA, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58056-110

Advogados do(a) AUTOR: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA - PB13527, ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - PB11968

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Nome: BRADESCO SEGUROS S/A

Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

Advogado do(a) RÉU:

---

**DESPACHO**

Vistos.

Compulsando-se os autos, observa-se que a parte autora requereu a gratuidade judiciária.

Sendo assim, intime-se a parte autora para, em quinze (15) dias, juntar a guia de custas, consoante §3º, do art. 1º, da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA-GERAL Nº 02/2018, de 28.11.2018, publicada no DJE de 29.11.2018.

Cumpra-se.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.



[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]  
**Juíza de Direito**



Assinado eletronicamente por: LEILA CRISTIANI CORREIA DE FREITAS E SOUSA - 20/02/2019 00:28:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022000283362500000018630530>  
Número do documento: 19022000283362500000018630530

Num. 19145777 - Pág. 2