

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

894046771

NOME: JACKSON DA SILVA GALDINO		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR: 3256111 SSP PB		
CTN: 067.568.064-00	DATA NASCIMENTO: 29/06/1987	
FUNÇÃO: LUCIMAR PEREIRA GALDINO FRANCISCA MARIA DA SILVA GALDINO		
PERMISSÃO: ACC EXCEPC CATAR	PERMISSÃO: ACC EXCEPC CATAR	PERMISSÃO: ACC EXCEPC CATAR
Nº REGISTRO: 04499522460	VALIDADE: 10/12/2016	1º HABILITACAO: 13/11/2008
OBSERVAÇÕES: A; EXERCE ATIV REMUNERADA:		
<i>Jackson da Silva Galdino</i>		
LOCAL: SOUSA, PB	DATA EMISSÃO: 16/01/2014	
<i>Rodrigo Carvalho</i>		
34542570028 PB026868156		

PRINTING PLASTIFICAR

894046771



SIMONE PEREIRA DA SILVA
RUA DO TUNEL, SAN - CENTRO
SAO GONCALO / PB CEP: 58814000 (AG. 177)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO
Roteiro: 13 - 184 - 539 - 4208 Referência Jul/2015
Nº medidor: 00008264666 Emissão: 21/07/2015

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA/SA
Br-230, Km25 - Cidade Redentor - João Pessoa/PB - CEP:58071-680
CNPJ:09.065.113/0001-40 - Inscrição Estadual: 16.015.822-0
Nº da Fiscal/Cont. de Energia Elétrica: N000398304
Código para Débito Automático: 00014828966

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

7d73 581e 2807 d948 eace 8c79 fe3d a52a

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/1452595-0**

Jul / 2015

Canal de contato
- Tâns Social de Energia Elétrica - TSEE foi criado pela Lei
nº 10.439, de 26 de abril de 2002

Apresentação

21/07/2015

**Data prevista da
próxima leitura**

21/08/2015

CPF/CNPJ/RANI
0894042461

Faturas em atraso	Cálculo de consumo					
	Anterior	Atual	Litura	Constante	Consumo	Dias
	Data	Litura	Data	Litura		
FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 16/07/2015 PAGAS OBRIGADO!						
	22/08/15	5835	21/07/15	6534	99	28
Demonstrativo						
	Descrição	Quantidade		Preço	Valor (R\$)	
	Consumo até 30kWh-BR	30		0,1692	3,92	
	Consumo - 31 a 100kWh-BR	69		0,22427	15,47	
	Ac. B Vermelha				3,85	

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,39
COFINS	1,81
JUROS DE MORA 05/2015	0,19
MULTA 05/2015	0,39
ICMS (Base de Cálculo R\$ 80,28 Alíquota 25,00%)	15,07

**Histórico de Consumo
(kWh)**

Jun/15	47	OUTROS SERVIÇOS FRESTADOS	
Ma/15	52	ATUALIZAÇÃO MONETARIA (15/2015)	0,01
Ab/15	111		
Mar/15	37		
Fev/15	125		
Jan/15	224		
Dez/14	182		
Nov/14	186		
Out/14	223		
Sep/14	183		
Ago/14	105		
Ju/14	121	VENCIMENTO	
		TOTAL A PAGAR	
		R\$ 40,10	

Média dos últimos meses:
130 kWh

2015 - Bento Gonçalo

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)			
DIC MENSAL	9,20	3,02			
DIC TRIMESTRAL	18,49		NOMINAL	220	
DIC ANUAL	36,99				
FIC MENSAL	3,90	2,00	CONTRATADA		
FIC TRIMESTRAL	7,72		LIMITE INFERIOR	201	
FIC ANUAL	15,45		LIMITE SUPERIOR	231	
DMIC	4,98	2,42			
DICRU	12,22				
ATENÇÃO					
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$20,77					
- Leitura confirmada					

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Faz da Energia/FB	5,75	21,92
Outros Faz	10,25	26,81
Serviço de Transmissão	0,72	1,85
Encargos Sistêmicos	1,98	4,88
Impostos Diretos e Encargos	17,65	44,91
Outras Serviços	0,01	0,02
Total	40,10	100,00

Valor do encargo do uso do Sistema de Distribuição (R\$ 5/2015) R\$4,97

PARAIBA **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
28/07/2015 **R\$ 40,10**

Roteiro: 13 - 184 - 539 - 4209
Matrícula: 1452595-2015-07-1

83670000000-0 40100054000-5 14525952015-6 07101840019-3



Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 28/04/2016 11:05:15
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1604281104272730000003556357
Número do documento: 1604281104272730000003556357

Num. 3606339 - Pág. 2

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Jackson da Silva Galdino

brasileiro(a), estado
civil: CASADO, profissão: FUNC. PÚBLICO,
documento de identificação: 3.256-MA,
CPF: 067.668.064-60, Endereço: RUA DO TUNEL
S/Nº,
Cidade: SÃO GONÇALO, Estado RJ,
CEP: _____

DECLARA, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo Cível, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, **que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº 1.060/50**, carecendo, pois, dos auspícios da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA** em **AÇÃO DE COBRANÇA** a ser proposta contra quem de direito, em razão de acidente de trânsito sofrido pelo(a) declarante.

Não serão cobrados honorários advocatícios nesta oportunidade, ressalvando-se o direito em caso de mudança na situação econômica do declarante.

Por ser expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade acerca da declaração prestada.

, 04 de Janeiro de 2016

Jackson da Silva Galdino

DECLARANTE



Autentico a presente copia, reprodução fiel do original, que se encontra na posse do testemunho da verdade,
data: 31/07/2015, 16:15:37
Maria Thais Lopes Pedroso Bezatino - Escrivão
[16015-099665] RG: 1.461.447-0, 23 FEVEREIRO DE MIL E QUINZE DE MIL E QUINZE
SELO DIGITAL: ADW8652-LJL

Confira a autenticidade em <http://selodigital.sousa.pb.gov.br>



ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MARIZÓPOLIS/PB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - N° 116/2015

NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA.

CERTIFICO, em razão de meu fôcio e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências nº 03, nele encontrei Registro de Ocorrência Policial, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos desessete (17) dias do mês de julho (07) do ano de dois mil e quinze (2015), nesta cidade de Marizópolis/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Delegado de Polícia Civil Dr. Francisco Cláudio Bezerra, comigo, escrivão de seu cargo no final assinado e declarado que compareceu JACKSON DA SILVA GALDINO, brasileiro, casado, funcionário público municipal, natural de Sousa/PB, com 28 anos de idade, RG (carteira de identidade) nº 3256111 SSP/PB, CPF (cadastro de pessoas físicas) nº 067.668.064-00, filho de Luizmar Pereira Galdino e de Francisca Maria da Silva Galdino, residente na Rua do Túnel, nº 01, Bairro: São Gonçalo, Cidade: Sousa/PB. DECLARA: Que no dia 01 de maio de 2015, por volta das 20h30min, aproximadamente, conduzia uma motocicleta Yamaha Factor YBR 125 K, ano/mod. 2008/2009, cor preta, placa MNX 6952/PB, chassi 9C6KE 1232090038765, licenciada em nome de Isaac Oliveira de Sousa, pela HR 230, sentido Sousa/São Gonçalo, quando ao passar pela curva localizada em frente a churrascaria o peixão, colidiu em um animal (burro), tendo perdido o controle da direção do veículo, caindo ao solo. Afirma que devido a queda teve fratura em braço direito e ombro esquerdo, sendo socorrido pelo Samu, conduzindo-o para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu cuidados médicos. Nada mais a declarar, diante das imputações contidas no artigo 299, do CPP, depois de lido e achado conforme, especio a certidão. Marizópolis/PB, 17 de julho de 2015.

DECLARANTE: Jackson da Silva Galdino

Jackson da Silva Galdino
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 169.347-1





Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

Sousa, 18 Maio de 2015.

Ao Sr.(a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 18 de Maio de 2015 passa a informar o que segue:

Nº da ocorrência: 0042

Vitima: Jackson da Silva Galdino

Sexo: Masculino

Data: 01/05/15

Local da Ocorrência: BR 230

Médico Intervencionista: Dr Chico de Clota

Viatura: USB01

Condutor: Fernando

Téc. Enfermagem: Bruno

Enfermeiro: Alana

Natureza da Ocorrência: USB01 acionada para atendimento a vitima colisão moto x anjaimal . No local vitima consciente, orientado , posição dorsal , apresentando fratura em braço D em ombro E . Imobilizado em prancha rígida e membros, colar cervical mais AVP com SRL e encaminhado a HRS, sob- regulação medica para avaliação.

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Renata Soares Virgílio".

Renata Soares Virgílio
Coordenadora Administrativa

Renata Soares Virgílio
Dirretora Administrativa



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes	CNES 2504537
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Hospital Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes	CNES 2504537

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

27 ANOS

NOME DO PACIENTE Jackson da Silva Guedes	APELIDO	Nº PRONTUÁRIO 117155	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 16135362369 ccc 81	Data de Nascimento 29/06/81	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	RAÇA/COR 03
NOME DA MÃE Francisca Lauria da Silva Guedes	DDD TELEFONE DE CONTATO 3555-1215		
NOME DO RESPONSÁVEL Francisca Laurenia da Silva	UF Pb	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO Sousa	NACIONALIDADE
ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA, AV. COMPLEMENTO.) Hugo Goulart	Nº 51/1	BAIRRO: São Geraldo	CEP: 58800-910
CÓDIGO IBGE DO MUNICÍPIO 251620	UF Pb	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Sousa	

DOCUMENTO:

RG Nº 325 6111 CPF Nº _____ R.C.M Nº _____

PIS/PASEP Nº _____

IGNORADO

Jefferson

ASSINATURA DO RECEPCIONISTA RESPONSÁVEL

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do diretor clínico do estabelecimento Executante:	Nº cons. de classe	Ass. e carimbo do diretor clínico
	CPF:	



	Hospital
HRS.	

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
<i>Jacuizado Silva</i>		117.155	
Data Operação	05-05-15	Enf.	Leito
Operador	<i>J. P. Palmeirim</i>	1.º Auxiliar	
2.º Auxiliar		3.º Auxiliar	Instrumentador <i>J. P. Antônio</i>
Anestesista	<i>Dr. Benicio</i>	Tipo de Anestesia <i>Blsey. Alveo</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fractura na proximidade distal do úmero (D)</i>			
Tipo de Operação <i>osteotomia + fixação</i>			
Diagnóstico Pós Operatório <i>clínico</i>			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			
<p style="text-align: center;">• DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</p> <p>Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras</p> <p> (1) Fissura sob a antebraço. Realizado. (2) Lipoedema: realizou o corte ímpar do MSO. (3) Expondo o corpo esternal. (4) Recurso na face posterior das artérias. (5) Dissecou os planos a mediana. (6) Colocando os vasos em clipes. (7) Realizada a osteotomia. (8) Fixação de 2 placas e fios, com infiltração com lidocaina. (9) Encerrado o fechamento. (10) Colocou o plástico. (11) Encerrado. </p>			

CERTIFICADO
 Operação realizada com sucesso
 Dr. Domingos Sávio Bregalda Gussem
 O. P. P. M. Mendonça



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNACÃO HOSPITALAR

Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 28/04/2016 11:05:20
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1604281104445970000003556361>
Número do documento: 1604281104445970000003556361

Num. 3606343 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 28/04/2016 11:05:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16042811044459700000003556361>
Número do documento: 16042811044459700000003556361

Num. 3606343 - Pág. 6



SAMU
192

Prefeitura Municipal de Sousa

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Samu192 Regional Sousa



AGORA É A VEZ DE TODOS

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: 03

TRAUMA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: 01/05/13	Ocorrência: 004 2	Paciente / Usuário: J. L. S. de S. G. (Assinatura)	Idade: 27	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: BZL 230		Bairro: Bento	Médico Regulador: Dr. Daniel	
Após no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Rinsgate / Bonitários <input type="checkbox"/> Resgate / PNF <input type="checkbox"/> CPTAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro				

DESTINO

Local: HRS	RESPONSÁVEL: (Assinatura)	OBS:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
------------	---------------------------	------	---

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO. - TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINÉMICA / CAUSA:	
<input type="checkbox"/> Queda < 5m <input type="checkbox"/> Queda > 5m <input type="checkbox"/> Queda própria altura <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Sem capacete no incidente <input type="checkbox"/> Capacete retirado por terceiro <input type="checkbox"/> Colisão frontal <input type="checkbox"/> Colisão lateral <input type="checkbox"/> Colisão traseira <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Carro x moto <input type="checkbox"/> Moto x moto <input type="checkbox"/> Carro x ônibus <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Sem cinto de segurança <input type="checkbox"/> Outro MOTO X ANIMAL <input type="checkbox"/> Número de vítimas no local _____ ou dentro do veículo _____ <input type="checkbox"/> Air bag não acionado <input type="checkbox"/> Dir <input type="checkbox"/> Eso <input type="checkbox"/> Aquecimento grau: _____ <input type="checkbox"/> Queimadura grau: _____ <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Desabamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Acidente de esporte <input type="checkbox"/> Agressão física <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena picada de: <input type="checkbox"/> ESCORPIÃO <input type="checkbox"/> ABELHA <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> ANANHA <input type="checkbox"/> Envenenamento por: _____	

EXAME FÍSICO MÉDICO:

ENCONTRADO: <input type="checkbox"/> DECÚBITO LATERAL <input type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> SENTADO <input type="checkbox"/> DENTRO DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> FORA DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO
EM CIMA DE: <input type="checkbox"/> OUTRO
Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> HALITO ÉTICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO
<input type="checkbox"/> INCÓGNITO <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> OUTROS
Grav.: <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUITO GRAVE
LESÕES APRESENTADAS:
<input type="checkbox"/> DESCONHESO LOCAL: <input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA LOCAL: S1 V F 1 D <input type="checkbox"/> FRACTURA MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CORTE / LOCAL: <input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CÂMERA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO / LOCAL: <input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRACTURA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: QD 1 V E <input type="checkbox"/> FRATURA EXPÔSTA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: <input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL: <input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> OUTRO: _____

DADOS VITais

V.V.A.: <input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: _____ FRM/Final: _____ Ipm / PULSO RADIAL: <input type="checkbox"/> PRESIDENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE
FC INICIAL: 50m FC Final: 91 bpm + PAS (mm Hg): <input type="checkbox"/> > 90 <input type="checkbox"/> < 90 90 / 100 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PAUTA RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR / FREQUÊNCIA: MMSS: <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - MMII <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: %

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Capacidade de Enfermagem:	<input type="checkbox"/> INCAPACITADA / INCOMPETENTE <input type="checkbox"/> DISREFLEXIA AUTÔNOMA <input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> INCAPACITADA / INCOMPETENTE <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> PERIFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ <input type="checkbox"/> PERIFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ <input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA <input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE
<input type="checkbox"/> INCAPACITADA / INCOMPETENTE <input type="checkbox"/> DISREFLEXIA AUTÔNOMA <input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> INCAPACITADA / INCOMPETENTE <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> PERIFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ <input type="checkbox"/> PERIFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ <input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA <input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL TAM 6 <input type="checkbox"/> ESTABILIZAÇÃO LATERAL CERVICAL <input type="checkbox"/> FRATURA: <input type="checkbox"/> PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TALAS DE EXTREMIDADES
<input type="checkbox"/> A.V.P. COM AUTOCATETER: <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> SAI <input type="checkbox"/> mS 50% <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> m MEDICAGEM
<input type="checkbox"/> MAMM: <input type="checkbox"/> MASCARA COM RESPIRADOR <input type="checkbox"/> CATETER NASAL <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MÉ <input type="checkbox"/> MÍD <input type="checkbox"/> MACA/VACUO/
<input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO: <input type="checkbox"/> EXTRAIÇÃO: <input type="checkbox"/> CURATIVO: <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO: <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO SIMPLES <input type="checkbox"/> IRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: <input type="checkbox"/> OLHO E OUTROS
<input type="checkbox"/> OLHO D: <input type="checkbox"/> VELPANO / LOCAL: <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVAA / OUTROS
<input type="checkbox"/> CÁRULAGEM CUIDE: <input type="checkbox"/> CATETER NASAL: <input type="checkbox"/> MARCHA PRESERVATÓRIO: <input type="checkbox"/> VIM: <input type="checkbox"/> TRAQUEAL: <input type="checkbox"/> M. LARINGEA: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> V. MEDÍCINA: <input type="checkbox"/> CHICO: <input type="checkbox"/> PUNÇÃO: <input type="checkbox"/> CIRÚRGICA - TORACOCENTESIS: <input type="checkbox"/> E: <input type="checkbox"/> D: <input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁCICA: <input type="checkbox"/> E: <input type="checkbox"/> D: <input type="checkbox"/> PERICARDIOCENTÉSIS: <input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO: E.C.G. / E.T.C. / R.C.P: <input type="checkbox"/> MANO: <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL / LESERILIZAÇÃO / AUTOMÁTICO - MEDICAMENTOS EM AMPOLAS: <input type="checkbox"/> FRASCOS: <input type="checkbox"/> FENTANIL: <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> SUCINILICRINA: <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> MIDAZOLAM: <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> DIAZEPAM: <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> OUTROS:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMADORA: MC 12 COREN: 112121 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: BRUNO COREN: _____
COMOTOR: Janaina SUPERVISOR DE ENFERMAGEM (VOTO): _____ MÉDICO (VOTO): _____

RECUSA

1. NOME: _____ RG: _____
2. ASSINATURA: _____
3. TESTEMUNHA: _____

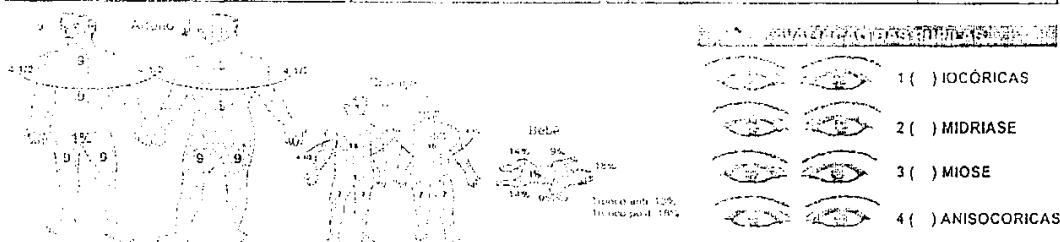


DOCUMENTOS PESSOAIS:	RG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS:
CELULAR: QUANTIDADE:	MARCA:		MODELO:	MARCA:		MODELO:
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPER CARD	OUTRO:	
CARTÕES DE BANCO	1	2	3 NOMES DO BANCO			
DINHEIRO EM ESPECIE - VALOR R\$						
CALÇÃO (MARCA)		RELOGIO (MARCA)		ANÉS (QUANTIDADE)		
BRINCOS (QUANTIDADE)		PULSEIRAS (QUANTIDADE)		OUTRO:		
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBE OS PERTENCES:						
SETOR:	FUNÇÃO:					
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS		QUANT.	MATERIAIS		QUANT.
AAS 100 mg			ALCOOL (PINCETA 350 ml)		
AGUA MARIJA			ALGODÃO (PC COT)		
AGUA DESTILADA 10 ML			ATAJURA DE CHEFCN 15 cm		
ALHODARONA			CATEXIP TPO OCULOS		
ATROFIMA			EGUINHO MACROGOTAS		
CANTOPRIL 25 mg			EGUINHO MACROGOTAS		
DICLOFENAC 75 mg			ESQUADRIMADO		
DIPRROLA 1g			FITA DE GLICEMIA CAPILAR (SCÓDIGO N°)		
ESCOLAROLINA (HIGOCIMA)			GARROTE		
ESCOLAROLINA COMPOSTA (BUSCOLAN COMP)			GAZE ESTÉRIL (PACOTE)		
FENOTEROLO GOTAS			GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100 unid.)		
FUNICEMIDA			JELCO N°		
GLICOSE 5%			LANÇOL DESCARTAVEL		
HIBO ANTISOMA 100 mg			LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO		
HIBRO CORTISONA 500 mg			LUVA ESTÉRIL N°		
IPRATROPICH GOTAS			MANGA DESCARTAVEL		
ISORGUL 500			SCALP N°		
NETOL CORTICAMIDA			SPONGE		
PARACETAMOL GOTAS			SONDA DE FÁCIA N°		
SELUCAO DE GLICOSE 5%			OUTRAS		
SOLUCAO DE HIBRO LACTATO					
SOLUCAO HIBROGOLIC					
TERAPUTICA					

EVOLUÇÃO: APESAR DE PRESENTE DE SINTOMAS DE SORTE, NUNCA
DEIXOU DE BEBER E BEBER DE BEBIDA ALCOÓLICA (1000 ml/dia), AINDA SEM FESTA
NOTA: FONTE: (3) DE 1000 ml/dia, (3) DE 1000 ml/dia, (3) DE 1000 ml/dia
ENTREGUE NA H2.

ESCALA DE GLASGOW		ESTADO DE MATERIAIS DEIXADOS NO HOSPITAL	
Escala	Atividade	Materiais	Quantidade
4	Experiência	Lipotimétrica	
3	Atividade em sítio	Ata estímulo cutâneo	
2	Atividade ótico-auricular	Ata estímulo ótico-auricular	
1	Ausente	Ausente	
Melhor resposta motora			
6	Obediêdo comando	Movimento espontâneo	
5	Lento ou dev.	Locoção (falsa reação ao toque)	
4	Reponde ao estímulo doloroso	Resposta ao estímulo doloroso	
3	Fixação ao estímulo doloroso (repetiu dizerem causa)	Resposta ao estímulo doloroso (repetiu dizerem causa)	
2	Retração ao estímulo doloroso	Retração ao estímulo doloroso	
1	Agitação	Agitação	
Maior profundidade			
5	Consciência	Consciência	
4	Confusão	Consciência	
3	Malucamento respondendo	Consciência	
2	Consciente inapropriado	Consciência	
1	Confusão	Consciência	



- 1 () IOCÓRICAS
 2 () MIDRIASE
 3 () MIOSE
 4 () ANISOCORICAS

VÍTIMA JACKSON DA SILVA GALDINO
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
S/A
BENEFICIÁRIO JACKSON DA SILVA GALDINO
CPF/CNPJ: 06766806400

Posição em 12-11-2015 12:31:41

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
28/09/2015	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Acessibilidade



[Tradução em Libras](#)

[Leitura de Páginas](#)

[Atalhos de teclado](#)

[Acessibilidade](#)

Como dar entrada

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Documentos despesas médicas](#)
- [Documentos invalidez permanente](#)
- [Documentos morte](#)
- [Onde dar entrada](#)
- [Dicas indispensáveis](#)

Pague seguro

- [Como pagar](#)
- [Consulta a pagamentos efetuados](#)
- [Informações gerais](#)

Acompanhe o Processo

- [Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.](#)
- [Mapa do Site](#)
- [Dicionário do DPVAT](#)
- [Imprensa](#)
- [Outros serviços](#)
- [Blog Viver Seguro no Trânsito](#)



[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Seguradora](#)
- [Líder-DPVAT](#)
- [Pontos de Atendimento](#)
- [Fraude é crime](#)
- [Denuncie aqui](#)
- [SAC](#)
- [0800 0221204](#)
- [Auto](#)
- [Atendimento](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Email](#)
- [Chat](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)

[Início do conteúdo](#)

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3150732705 - Resultado de consulta por beneficiário



Vistos, etc...

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, onde a parte autora pleiteia o pagamento da complementação atinente a dito seguro.

Na conformidade da nova sistemática do CPC, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.

Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.

Assim, pelas razões expostas, deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.

Cite-se a parte ré, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Certifique-se a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

P.I.

João Pessoa, data eletrônica.

DANIELA FALCÃO AZEVEDO

Juíza de Direito

