

SIMONE PEREIRA DA SILVA
RUA DO TUNEL, S/N - CENTRO
SAO GONCALO / PB CEP: 58914000 (AG. 177)

Classif/Subcls: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO
Rotômetro: 13 - 184 - 539 - 4209
Nº medidor: 00008284866

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Córrego Redondo - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.065.163/0001-40 - Ins. Est. 16.016.823-0
Nota Fiscal / Cont. de Energia Elétrica Nº 000.959.304
Código para O Bilhete Automático: 00014828960

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

7d73 591e 2807 d948 e2ca 6c79 6a3d a53a

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

Jul / 2015

Canal de contato

- Tanta Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Apresentação

21/07/2015

Data prevista da próxima leitura

21/08/2015

CPF/ CNPJ/ RANI
0994042461

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
22/08/15	5835	21/07/15	4534	99

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 16/07/2015 PAGAS
OBRIGADO!

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 36kWh-BR	30	0,13082	3,92
Consumo - 31 a 100kWh-BR	68	0,22427	15,47
Adc B Vermeina			9,85

WPOSTOS E ENCARGOS	
PIS	0,39
COFINS	1,81
JURCS 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 PRESTADOS
Mai/15	52	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 05/2015
Abr/15	111	
Mar/15	57	
Fev/15	125	
Jan/15	224	
Dez/14	182	
Nov/14	158	
Out/14	273	
Set/14	153	
Ago/14	105	
Jul/14	121	

Média dos últimos meses
130 kWh

VENCIMENTO
28/07/2015

TOTAL A PAGAR
R\$ 40,10

Indicadores de Qualidade 2015 - São Gonçalo

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	9,20	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	18,48	220
DIC ANUAL	36,99	
FIC MENSAL	3,90	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	7,72	LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	15,45	201
DMC	4,99	LIMITE SUPERIOR
DICRI	10,22	231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia	8,79	21,92
Compra de Energia	10,75	26,81
Serviço de Transmissão	0,72	1,85
Encargos Setoriais	1,96	4,89
Impostos Diretos e Encargos	17,86	44,51
Outros 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

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 20,77
- Leitura confirmada

PARAIBA

VENCIMENTO
28/07/2015

TOTAL A PAGAR
R\$ 40,10

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

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



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

JACKSON DA SILVA GABIMMO

_____, brasileiro(a), estado
civil: CASADO, profissão: FUNC. PÚBLICO,
documento de identificação: 3.256.MA,
CPF: 067.668.068-00, Endereço: RUA DO TUNEL
SIN?,
Cidade: SÃO GONÇALO, Estado: RS,
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, ressaltando-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 Gabimmo

DECLARANTE



Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que foi
apresentado. Em testemunho da verdade.

Sousa-PB 31/07/2015 10:15:37

Maria Thais Lopes Pedrosa Desafino - Escrevente

(2015-098657) ENL-PR-1-94 FARMEN-PA 0,23 FEB-08-004 185:15 0,09

SELO DIGITAL: 8606A52-1101

Confira a autenticidade em <https://seladigital.fpb.jus.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 - Nº 116/2015

NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA.

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências nº 02, nele encontrei Registro de Ocorrência Policial, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos dezessete (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, 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 067.658.064-00, filho de Lucimar Pereira Galdino e de Francisca Maria da Silva Galdino, residente na Rua do Túnel, s/nº, 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 YER 125 K, ano/mod. 2008/2009, cor preta, placa MNX 6952/PB, chassi 9C6KE1232090038765, licenciada em nome de Isaac Oliveira de Sousa, pela BR 230, sentido Sousa/São Gonçalo, quando ao passar pela curva localizada em frente a churrascaria o peixeiro, 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, ciente das imputações contidas no artigo 299, do CPB, depois de lido e achado conforme, especo a certidão. Marizópolis/PB, 17 de julho de 2015.

DECLARANTE: Jackson da Silva Galdino

JACKSON FRANCISCO BEZERRA
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 158.347-1





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

Vítima: Jackson da Silva Galdino

Sexo: Masculino

Data: 01/05/15

Local da Ocorrência: BR 230

Médico Intervencionista: Dr Chico de Clota

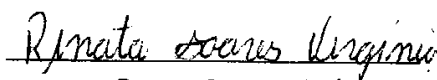
Viatura: USB01

Condutor: Fernando

Téc. Enfermagem: Bruno

Enfermeiro: Alana

Natureza da Ocorrência: USB01 acionada para atendimento a vítima colisão moto x animal. No local vítima 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 médica para avaliação.


Renata Soares Virgínio
Coordenadora Administrativa

Renata Soares Virgínio
Diretora Administrativa





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

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

NOME DO PACIENTE <i>JACKSON DA SILVA GARDINS</i>		APELIDO	Nº PRONTUÁRIO <i>117155</i>
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>1618536236900081</i>	Data de Nascimento <i>29.06.81</i>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	RAÇA/COR: <i>03</i>
NOME DA MÃE <i>FRANCISCA LURIA DA SILVA GOMES</i>		DDD TELEFONE DE CONTATO <i>3555-1215</i>	
NOME DO RESPONSÁVEL <i>FRANCISCA LAURENIA DA SILVA PB</i>	UF <i>PB</i>	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO <i>SOUSA</i>	NACIONALIDADE
ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA, AV. COMPLEMENTO.) <i>HUGO ROMERO</i>	Nº <i>511</i>	BAIRRO: <i>SÃO GAVIÃO</i>	CEP: <i>58800940</i>
CÓDIGO IBGE DO MUNICÍPIO <i>251620</i>	UF <i>PB</i>	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>SOUSA</i>	

DOCUMENTO:

RG Nº *3256111* CPF Nº _____ R.C.M Nº _____

PIS/PASEP Nº _____ ☐ IGNORADO

[Assinatura]
ASSINATURA DO RECEPCIONISTA RESPONSÁVEL

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

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



Hospital		HRS	
Nome do Paciente			Nº Prontuário
Jacuando Silva			117.155
Data Operação	Enf.	Leito	
05.03.15			
Operador		1.º Auxiliar	
Dr. Palmerino			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
		Téo Antunes	
Anestesista		Tipo de Anestesia	
Dr. Benício		Alcoq. Flvo	
Diagnóstico Pré-Operatório			
fratura m. parietal do crânio do vertex (D)			
Tipo de Operação			
Redução + fixação			
Diagnóstico Pós Operatório			
curativo			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

<p>1) Paciente sob anestesia. Realizado</p> <p>2) Incisão longitudinal o subcípica de MS D;</p> <p>3) Abertura do campo operatório;</p> <p>4) Incisão em forma posterior da antecubital (D);</p> <p>5) Dissecção por planos anatômicos;</p> <p>6) Isolamento da fratura;</p> <p>7) Redução da fratura;</p> <p>8) Fixação com 2 placas e parafusos interlong.</p> <p>9) Curativo em fio.</p> <p>10) Sutura por planos.</p> <p>11) Curativo.</p>	<p>Dr. Palmerino Mendonça</p> <p>Otorrinolaringologista</p> <p>CRM 12015 / CONAR 2015 / CRM 12015</p>
--	---



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL REGIONAL DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES	CNES 2504537
Nome do Estabelecimento Executor <i>Hospital Regional de Saúde</i>	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente <i>Jackson da Silva Galvão</i>	Apelido	Nº Prontuário <i>117155</i>
Cartão Nacional de Saúde (CNS) <i>1618536236900081</i>	Data de Nascimento <i>29/06/87</i>	Sexo Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe <i>Francisca Maria de Siqueira Galvão</i>	Nome do Responsável <i>Francisco Moura da Silva</i>	Raça / Cor <i>03</i>
Município de Nascimento <i>Sousa</i>	Nacionalidade <i>Bra</i>	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) <i>Hugo Romero</i>
Nº <i>4 IN</i>	Bairro <i>São Geraldo</i>	Município de Residência <i>Sousa</i>
Ponto de Referência	Código IBGE do Município <i>251620</i>	UF <i>PE</i>
Documento	CPF	R. Civil
Nº	PIS/PASEP	Ignorado

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. executor <i>Dr. Nelson de Oliveira</i>	Nº Cons. de Classe <i>2480</i>	CPF <i>022299194-11</i>	Ass. do Diretor Clínico <i>Dr. Francisco Moura da Silva</i>
---	-----------------------------------	----------------------------	--

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
paciente com dor abdominal e náuseas, vômitos e febre

Condições que justificam a internação
paciente com Hb carboxigênio

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)
hemograma + Ex. febre + febre

Diagnóstico inicial <i>fratura de rádio e ulna do lado direito</i>	CID 10 Principal <i>S62.0</i>	CID 10 Secundária	CID 10 Causas Associadas	Nº Notificação Compulsória
---	----------------------------------	-------------------	--------------------------	----------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado <i>Redução + fixação</i>	Código do Procedimento Solicitado <i>04.00.00.000</i>
Código do Cefaleiro da Internação <input type="checkbox"/> U/E <input type="checkbox"/> Elativo <input type="checkbox"/> Clínico	Letto Correlacionado

Equipamentos Requeridos para Internação

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante <i>Polívio de Mendonça</i>	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente <i>00303050390</i>	Nº do Conselho de Classe <i>4861</i>
Documento <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	Data de Solicitação <i>01/05/15</i>	Data desejada p/ internação
Assinatura e Carimbo do Prof. Solicitante/Assistente/Nº Cons. de Classe		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES E DOENÇAS)

<input type="checkbox"/> AC DE TRANSITO	CNPJ da Seguradora	Número do Bônus	Série
<input type="checkbox"/> ACID. TRAD/TÍPICO	CNPJ da Empresa	CNAE da Empresa	CBOR
<input type="checkbox"/> AC. TRAB/TRAJETO	Vínculo com a Previdência <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador <i>Dr. Victor de F. G. Costa</i>	Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador
Data da Autorização	Código do Órgão Emissor	Nº Registro Cons. de Classe
Ass. do Autorizador/Carimbo		

253530369660-2

(Espaço Reservado para Colar a Etiqueta com dados da Autorização)







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: 04/05/16 Ocorrência nº: 004 Paciente / Usuário: Jakson de Silva Góes Idade: 27 Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.

Local da Ocorrência: B.R. 230 Médico Regulador: Dr. Daniel

Apoio no Local: ☐ PMA ☐ Resgate / Bombardeiros ☐ Resgate / PRF ☐ CPT/AN ☐ SITRANS ☐ TROTE ☐ Outro:

DESTINO

Local: HR5 RESPONSÁVEL: [assinatura] OBS: ☐ SIM ☐ NÃO

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

CINEMÁTICA / CAUSA

☐ QUEDA < 5m ☐ QUEDA > 5m ☐ QUEDA PRÓPRIA ALTURA ☐ QUEDA DE MOTO ☐ SEM CAPACETE NO INCIDENTE ☐ CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO

☒ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO TRASSEIRA ☐ ATROPELAMENTO ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☐ CARRO X MOTO

☐ MOTO X MOTO ☐ CARRO X ÔNIBUS ☐ CAPOTAMENTO ☐ SEM CINTO DE SEGURANÇA ☐ OUTRO: MOTO X HUMANO

☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: OU DENTRO DO VEÍCULO: AIR BAG NÃO ACIONADO ☐ DIR: ☐ ESO

☐ AFOGAMENTO GRAU: ☐ QUEIMADURA GRAU: ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAMENTO ☐ FAB ☐ FAF

☐ OUTRO:

☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☐ AGRESSÃO FÍSICA

☐ INTOXICAÇÃO EXÓGENA PICADA DE ☐ ESCORPIÃO ☐ ABELHA ☐ COBRA ☐ ARANHA

☐ ENVENENAMENTO POR:

EXAME FÍSICO MÉDICO

ENCONTRADO: ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ SENTADO ☐ DENTRO DE VEÍCULO ☐ FORA DE VEÍCULO ☐ DEAMBULANDO

EM CIMA DE: OUTRO:

Nível de Consciência: ☐ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADO ☐ HÁLITO ETÍLICO ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO

☐ INCONSCIENTE ☐ AGITADO ☐ COMA ☐ OUTRO:

Cor: ☐ DORSAL/LOCAL ☐ PAREDE/LOCAL ☐ OUTRO:

LESIONES / PRESENTADAS

☐ ENCOIMÕES / LOCAL: ☐ FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: Biceps D ☐ RUPÇÃO MUSCULAR / LOCAL:

☐ CORTE / LOCAL: ☐ FRATURA COMPLETA / LOCAL: ☐ CAMBIA / LOCAL:

☐ PERFURAÇÃO / LOCAL: ☐ SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: ☐ DOR MUSCULAR / LOCAL:

☐ CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: antebra ☐ FRATURA EXPOSTA / LOCAL: ☐ EDEMA / LOCAL:

☐ CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: ☐ ENTORSE / LOCAL: ☐ HEMATOMA / LOCAL:

☐ LUXAÇÃO / LOCAL: ☐ ESTRANHEAMENTO MUSCULAR / LOCAL: ☐ EQUIMOSE / LOCAL:

☐ OUTRO:

DADOS VITAIS

V.V.A.A.: ☐ LIVRE ☐ OBTURADA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: 94 bpm / PULSO RADIAL: ☐ PRESIDENTE ☐ AUSENTE

PC INICIAL: 94 bpm / PC Final: 94 bpm / PAS (mm Hg): 90/60/30 ☐ > 99 ☐ < 99

PARADA RESPIRATORIA: ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR / PERIÓDOS MÚLTIPLOS: ☐ < 2 SEGUNDOS - MMIL ☐ < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: 90 %

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Complicações da Enfermagem:

☐ CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACOMUNITÁRIA DIMINUIDA ☐ RISCO PARA Queda ☐ DOR AGUDA PREJUDICADA

☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA ☐ RISCO DE Queda DE NOZ DAS VVAA ☐ PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ

☐ CONTUSÃO AGUDA ☐ DISREFLEXIA AUTÔNOMA ☐ PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ

☐ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA ☐ DOR AGUDA ☐ PERFUSÃO TISSULAR CEREJAL INEFICAZ

☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA ☐ TROCA DE GASES PREJUDICADA

☐ ☐ INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA ☐ VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☒ BOLAR GERVASIO TAM 6 ☒ ESTABILIZAÇÃO LATERAL E CERVICAL ☒ TRANSES ☒ PRANCHAS RÍGIDAS ☐ KED ☐ TALAS DE EXTREMIDADES

☐ A.V.P. COM ARTERIOGRAMIA ☐ MSE ☐ MSD ☐ SGL ☐ MFS ☐ MSE ☐ MSD ☐ ME ☐ MUI ☐ MACA A VACUO /

☐ MCMN ☐ MÁSCARA COM FILTRO ☐ CATETER NASAL ☐ IMOBILIZAÇÃO: ☐ MSE ☐ MSD ☐ ME ☐ MUI ☐ MACA A VACUO /

☐ IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPLANTADO ☐ EXTENSÃO / ☐ CURATIVO: ☐ COMPRESSIVO ☐ COMPRESSIVO ☐ SIMPLES ☐ IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: ☐ OLHO E

☐ OLHO D: ☐ VELPEAU / LOCAL: ☐ VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVAA / OUTROS:

☐ CÂMULA DE QUEDEL Nº CATETER NASAL ☐ MÁSCARA DE RESERVATÓRIO ☐ M. LARÍNGEA Nº ☐ M. LARÍNGEA Nº

☐ V. MEDICINA ☐ UNICO ☐ PUNÇÃO ☐ QUIRÚRGICA ☐ TORACOCENTESE ☐ E ☐ D ☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ E ☐ D ☐ PERICARDIOTOMIA

☐ MONITORIZAÇÃO ☐ E.C.G. ☐ ETCO₂ / RCP ☐ DRENAGEM ☐ AUTOMÁTICA / DESPILHAÇÃO ☐ AUTOMÁTICA ☐ MEDICAMENTOS EM AMPOLAS

☐ FRASCOS EV: ☐ FENTANYL ☐ SUCCINILCOINA ☐ MIDAZOLAM ☐ DIAZEPAM ☐ OUTROS:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: [assinatura] COREN: 18219 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: [assinatura] COREN:

COORDINADOR: [assinatura] ORIENTADOR DE ENFERMAGEM (VISTO): MÉDICO (VISTO):

RECUSA

DECLARAR: R.S.:

ASSINATURA: TESTEMUNHA:



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

