



Número: **0820046-38.2016.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2016**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JACKSON DA SILVA GALDINO (AUTOR)	DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN (ADVOGADO)
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36063 13	28/04/2016 11:08	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
36063 37	28/04/2016 11:08	<u>INICIAL</u>	Memorial
36063 39	28/04/2016 11:08	<u>DOCS PESSOAIS</u>	Documento de Identificação
36063 40	28/04/2016 11:08	<u>DECLARAÇÃO</u>	Outros Documentos
36063 43	28/04/2016 11:08	<u>DOCS DIVERSOS</u>	Outros Documentos
11540 970	06/12/2017 17:53	<u>Despacho</u>	Despacho

ARQUIVOS EM FORMATO PDF



Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 28/04/2016 11:05:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16042811050850600000003556332>
Número do documento: 16042811050850600000003556332

Num. 3606313 - Pág. 1

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOAO PESSOA – ESTADO DA PARAÍBA –PB.**

JACKSON DA SILVA GALDINO, brasileiro, casado, funcionário público municipal, portador do documento de identificação RG/SSP/PB-3.256.111 e com inscrição no CPF 067.668.064-00, filiação: Lucimar Pereira Galdino e Francisca Maria da Silva Galdino, residente e domiciliado na Rua do Túnel s/nº., Centro, São Gonçalo – PB, CEP 58.814-000, vem por meio de seu advogado, infra-assinado, propor

**ACÃO PELO RITO ORDINÁRIO DE
COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO
DE DANOS PESSOAIS DPVAT**

em face de **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, pessoa jurídica de direito privado, estabelecida na Rua João Bernardo de Albuquerque nº. 62 sala 105, Tambiá, João Pessoa - PB. CEP 58.020-565, pelas razões de fato e de direito que passam a expor:

DAS PRELIMINARES

I - DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

Inicialmente, a parte autora solicita a V.Ex^a se digne a deferir a Gratuidade de Justiça, na forma do art. 4º, da Lei n.º 1.060/50, segundo redação ministrada pela Lei n.º 7.510/86, eis que não possui condição financeira para arcar com o ônus da presente demanda, sem que tal dispêndio traga, para si e sua família, prejuízo de subsistência.

*Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787*



II- DA MUDANÇA DO RITO SUMARIO PARA O RITO ORDINÁRIO:

Como é sabido, a matéria em discussão está capitulada no artigo 275, I do CPC, principalmente em razão do valor da causa, o que leva à adoção do rito SUMÁRIO e, consequentemente à designação da audiência de conciliação prevista no artigo 277 do mesmo diploma legal.

Por outro lado, a **prática** nos processos de cobrança de seguro DPVAT, **conduz à conclusão da inutilidade da referida audiência de conciliação do rito Sumário**, haja vista que a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e o conglomerado de Seguradoras que fazem parte do consórcio, não conciliam nesta fase processual, principalmente em razão da necessidade da produção da prova pericial médica.

Sensível a esta realidade, muitos Magistrados, ao despachar a inicial, convolam o rito para ordinário, exatamente para atender ao princípio da **celeridade processual**, bem como para descongestionar a pauta de audiência do Juízo. Ainda, dada **necessidade de prova complexa**, haverá possibilidade de dilação probatória.

Neste esteio, o art 244 do CPC preceitua que “*quando a lei prescrever determinada forma, sem cominação de nulidade, o juiz considerará válido o ato se, realizado de outro modo, lhe alcançar a finalidade.*” Corroborado a isso o parágrafo único do art 250 também do CPC, nos instrui que “*Dar-se-á o aproveitamento dos atos praticados, desde que não resulte prejuízo as partes.*” A “**ordinarização**” do processo não violará os princípio da ampla defesa e do contraditório e tampouco implicará em prejuízo a parte Requerida.

Aliás este é o posicionamento majoritário do STJ:

**AgRg no AREsp 258553 / PE
AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL
2012/0243835-8
Relator (a) Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI
Órgão Julgador: Quarta Turma
Data do Julgamento: 06/06/2013, DJe 24/06/2013**

Ementa: **AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RESPONSABILIDADE CIVIL. ACIDENTE DE TRANSITO. CONVERSÃO DO RITO SUMARIO PARA ORDINÁRIO. POSSIBILIDADE.**

1- Se as questões trazidas à discussão foram dirimidas, pelo Tribunal de origem, de forma suficiente ampla e fundamentada, deve ser alegada a violação do art. 535 do Código de Processo Civil.

2- Não havendo prejuízo para a defesa, é possível a conversão do rito sumário para o ordinário.

3-O julgamento em desacordo com as pretensões da parte não consubstancia negativa de prestação jurisdicional ou afronta aos princípios constitucionais da ampla defesa e do contraditório.

4- Agravo regimental que se nega provimento.

**REsp 737260 / MG
RECURSO ESPECIAL
2005/0049673-2**

*Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787*



Relator (a) Ministra NANCY ANDRIGHI,

Órgão Julgador: Terceira Turma

Data do Julgamento: 21/06/2005, DJ 01/07/2005

Ementa: PROCESSO CIVIL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. ACIDENTE DE TRANSITO. PROCEDIMENTO. ADOÇÃO DO RITO ORDINÁRIO AO INVÉS DO RITO SUMÁRIO. POSSIBILIDADE. PRECEDENTES. PREJUÍZO. AUSÊNCIA. INÉPCIA POR ESCOLHA INADEQUADA DE PROCEDIMENTO. INOCORRÊNCIA. INSTRUMENTALIDADE DO PROCESSO.

-A jurisprudência do STJ acolhe o entendimento no sentido de que, inexistindo prejuízo para a parte adversa, admissível é a conversão do rito sumário para o ordinário.

- Não há nulidade na adoção do rito ordinário ao invés do sumário, salvo se demonstrado prejuízo, notadamente porque o ordinário é mais amplo do que o sumário e propicia maior dilatação probatória.

- Não há inépcia da inicial pela adoção do rito ordinário para as ações previstas no art. 275 do Código de Processo Civil.

Recurso especial conhecido, mas negado provimento.

No úbere dos princípios constitucionais da celeridade, finalidade, e economia processual, melhor instrumentalizado estar-se-á, se adotado este procedimento além de mais suscetível de exalar eficácia jurídica processual.

DOS FATOS

Consoante comprova a inclusa documentação, a parte autora foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no 01 de maio de 2015, O QUE LHE CAUSOU POLITRAUMATISMOS, FRATURA EM OMBRO ESQUERDO, FRATURA EM BRAÇO DIREITO, ACARRETANDO-LHE SEQUELAS PERMANENTES, como demonstra a documentação médica em anexo.

Registre-se que a parte autora postulou administrativamente o recebimento do seguro DPVAT, obtendo pagamento parcial, em 28/09/2015, no valor de R\$ 4.725,00, (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais), restando à parte autora o direito ao recebimento da diferença no valor de R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais).

Consubstanciado a isso e pela análise das provas, não há dúvida quanto ao fato, bem como suas consequências e o nexo causal que as une, pois está documentalmente provada a lesão sofrida e a sua extensão. Outrossim o pagamento administrativo vale como confissão tácita dos fatos e do direito do requerente face ao Seguro, relevando assim o nexo causal do conflito.

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787



DO DIREITO

I. DA POSSIBILIDADE DO PEDIDO DA DIFERENÇA PAGA PELO SEGURO DPVAT

A questão vertente exige a exegese da norma constante dos art. 3º e 5º da Lei 6.194/74, com as atualizações da Lei 11945/09, pelo qual se depreende de modo inequívoco, que havendo INVALIDEZ PERMANENTE, o valor da indenização deve ser de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a ser paga de acordo com o real grau de invalidez da vítima, que deverá ser aferido através de perícia médica, que ora requer a parte autora.

Dessa forma, restando comprovado o acidente de transito e as seqüelas oriundas deste, faz jus a parte autora ao recebimento do SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ, NO VALOR DE ATÉ R\$ 13.500,00.

II- DA ELEIÇÃO DO FORO

No que tange ao respectivo foro eleito pela parte autora, a resolução do conflito de competência encontra supedâneo processual nos moldes dos artigos 94, *caput*; parágrafo único do art. 100, ambos do CPC. Em julgado recente, em sede de recurso especial repetitivo, o E. STJ assim decidiu:

STJ- RECURSO ESPECIAL,REsp1357813/RJ 2012/0262596-6.

Ementa: PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVERSIA. ART 543-C DO CPC. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES – DPVAT. DEMANDA DE NATUREZA PESSOAL. FACULDADE DO AUTOR NA ESCOLHA DO FORO PARA AJUIZAMENTO DA AÇÃO. FORO DO DOMICÍLIO DO REU. ART 94,CAPUT, DO CPC. LOCAL DO ACIDENTE OU DE SEU DOMICÍLIO. ART 100, PARÁGRAFO ÚNICO, DO CPC.

1.Para fins do art. 543 –C do CPC: Em ação de cobrança objetivando indenização decorrente de seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de vias terrestres – DPVAT, constitui **faculdade do autor escolher entre os seguintes foros para ajuizamento da ação: o do local do acidente, ou o do seu domicílio (parágrafo único do art. 100 do Código de Processo Civil); bem como, ainda, o do domicílio do réu (art. 94 do mesmo diploma).**2. No caso concreto, recurso especial provido. Data de publicação: 24/09/2013. (grifo nosso).

Ainda em consonância com a **Súmula 570** do STJ que diz:

“Na ação de cobrança do seguro DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu.”

Isso assevera o caráter eminentemente social do seguro DPVAT sendo, portanto, **imprescindível garantir a vitima o amplo acesso ao poder judiciário** em busca do direito tutelado em lei.

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787



III- DA INEXISTÊNCIA DE PREVISÃO LEGAL PARA A APRESENTAÇÃO DE LAUDO DO IML COM A PETIÇÃO INICIAL – INSTRUÇÃO PROBATÓRIA

A fim de garantir o princípio da celeridade processual, vale-nos ressaltar, de antemão, que a Lei nº 6.194 NÃO atribuiu ao laudo do Instituto Médico Legal (IML) o caráter de documento indispensável à propositura da ação de cobrança do seguro DPVAT nos casos de invalidez. Segundo o normatizado em seu no 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.

A toda prova, tal verificação pode ser feita por perícia médica a ser realizada na fase de instrução. Na verdade, os documentos indispensáveis de que trata o art. 283 do Código de Processo Civil devem ser entendidos apenas como aqueles necessários para que a ação possa validamente ser proposta, sob o aspecto formal, não se confundindo a com a atividade probatória, voltada a prova dos fatos alegados, que é atinente ao aspecto material.

DO PEDIDO

Face ao exposto, a parte autora requer o que segue, em apelo para a entrega da prestação Jurisdicional da seguinte forma:

- a) Seja concedido as benesses da Justiça Gratuita.
- b) Seja recebido o presente pelo RITO ORDINÁRIO.
- c) Determine a citação da seguradora-ré, para, querendo, responder aos termos da presente, sob pena de revelia e confissão, e ad cautelam, caso não recebido pelo rito requerido, seja designada data à realização de audiência de conciliação, na forma do art. 277 do Código de Processo Civil;
- d) Seja deferido o pedido de PROVA PERICIAL MÉDICA.
- e) seja a ré CONDENADA ao a pagar o valor de até R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais) corrigida monetariamente e acrescida de juros de mora de 1% ao mês a partir da data do evento danoso.
- f) seja a ré, ainda, CONDENADA ao pagamento das custas processuais e juros, onde couber, bem como em honorários advocatícios em valor não inferior a 20% sobre o valor da condenação.

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787



DO VALOR DA CAUSA

Dá-se à causa o valor de R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais).

DAS PROVAS

Requer a parte autora, **notadamente, a PROVA PERICIAL MÉDICA, imprescindível ao desfecho da lide**, e ainda todas demais em direito admitidas, em especial, prova documental superveniente, se necessário for.

DAS PUBLICAÇÕES E INTIMAÇÕES

Por fim, em cumprimento ao art. 39, I, do CPC, o autor informa que receberá todas as intimações referentes a este processo no endereço: Rua Miguel Couto nº. 251, Edifício Vina Del Mar 7º Andar, Sala 705, Centro, João Pessoa - PB, e, requer ainda, que todas as publicações sejam efetuadas exclusivamente em nome do advogado Dr. Domingos Sávio Bregalda Gussen, OAB/RJ 127.405, sob pena de nulidade, a teor do art. 236, § 1º, do CPC, esperando deferimento.

Pede Deferimento.
João Pessoa, 01 de fevereiro de 2016.

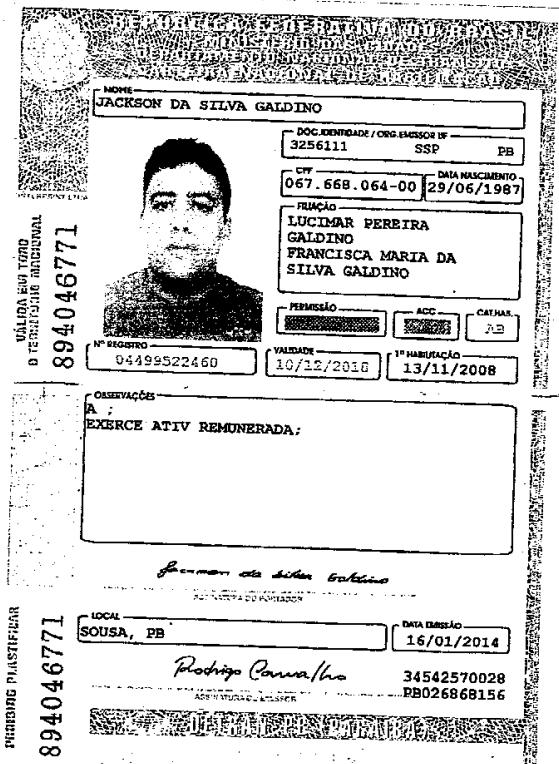
Domingos Sávio Bregalda Gussen
OAB/RJ 127.405

Quesitos da parte autora (artigo 276 CPC):

- a) A parte autora sofreu algum(s) tipo(s) de fratura?
- b) Em caso positivo, queira informar se desta(s) gerou debilidade permanente?
- c) Apresenta limitação dos movimentos do(s) membro(s) fraturado(s)?
- d) Apresenta limitação funcional do(s) membro(s) afetado(s)?
- e) Sofreu debilidade permanente? Sofreu deformidade permanente?
- f) A parte autora sofreu incapacidade para o trabalho?
- g) Queira o i. *expert* acrescentar o que entender devido.

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º. Andar, Sala 705, Centro, J. Pessoa – PB.
Av. Rio Branco 257, sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. Tel. (21)2217-8787





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=16042811042727300000003556357>
Número do documento: 16042811042727300000003556357

Num. 3606339 - Pág. 1

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 - Centro Redentor - João Pessoa/PB - CEP:58071-680
CNPJ:09.065.113/0001-40 - Inscrição Estadual: 16.015.822-0
Nº da Fiscal/Conteúdo de Energia Elétrica N0003 959 304
Código para Débito Automático: 00014828966

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

7d73 581e 2807 d948 eace 8c79 fe3d a53a

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

Jul / 2015

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada 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
FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 18/07/2015 PAGAS OBRIGADO!	22/08/15	5835	21/07/15	6534	99	28

Demonstrativo		
Descrição	Quantidade	Preço
Consumo até 30kWh-BR	30	0,1692
Consumo - 31 a 100kWh-BR	69	0,22427
Ac. B Vermeia		3,85

IMPOSTOS E ENCARGOS

0,39

0,81

0,19

0,39

16,07

**Histórico de Consumo
(kWh)**

Mês	Consumo (kWh)	OUTROS SERVIÇOS FRESTADOS		ATUALIZAÇÃO MONETARIA (15/2015)	0,01
		Outros Serviços	Preço		
Jun/15	47				
Ma/15	52				
Abr/15	111				
Mari/15	37				
Fev/15	125				
Jan/15	224				
Dez/14	182				
Nov/14	186				
Out/14	223				
Set/14	183				
Ago/14	105				
Ju/14	121				

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

28/07/2015 R\$ 40,10

Média dos últimos meses:
130 kWh

2015 - São 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				

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Faz da Energia/FB	5,79	21,92
Serviço de Transmissão	10,25	26,81
Encargos Sistêmicos	0,72	1,85
Impostos Diretos e Encargos	1,98	4,88
Outras Sérvicos	17,65	44,51
Total	0,01	0,02

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

ATENÇÃO

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

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



José Neves Moreira

Rua Belo Pinto Henrique Rodrigues Nunes
Belo Horizonte - MG - 31010-270

CEP 31800-310 - Fone: (31) 3212-2070

Serviço Notarial Regional

Apresentado, Em testamento da verdade,
nascida dia 31/07/2015, 1615,07
Maria Thais Lopes Pedroso Bezatino - Escrevente
[2015-099665] RG: 1.467.FANFETTE Q, 23 FERJ/RN
SEL DIGITAL: Adm08652-LIN

Confira a autenticidade em <http://seldigital.tjpb.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.

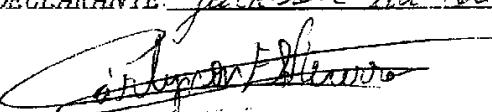
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - Nº 116/2015.

NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

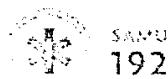
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA.

CERTIFICO, em razão de meu fôlio 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 já 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 1, 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, anodmod. 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 impunidades 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 se 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.

Renata Soares Virgínia

Renata Soares Virgínia
Coordenadora Administrativa

Renata Soares Virgínia
Renata Soares Virgínia
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

27 ANOS

NOME DO PACIENTE <i>Jackson da Silva Guedes</i>	APELIDO	Nº PRONTUÁRIO <i>117155</i>	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>16135362369 ccc 81</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 Lauria da Silva Guedes</i>	DDD TELEFONE DE CONTATO <i>3555-1215</i>		
NOME DO RESPONSÁVEL <i>Francisca Laurena da Silva</i>	UF <i>PB</i>	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO <i>Sousa</i>	NACIONALIDADE
ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA, AV. COMPLEMENTO.) <i>Hugo Oliveira</i>	Nº <i>5111</i>	BAIRRO: <i>São Gonçalo</i>	CEP: <i>58800910</i>
CÓDIGO IBGE DO MUNICÍPIO <i>251620</i>	UF <i>PB</i>	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Sousa</i>	

DOCUMENTO:

RG Nº 325 6111 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 estabelecimento Executante:	Nº cons. de classe	Ass. e carimbo do diretor clínico
	CPF:	



DESCRICAO DA OPERACAO

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

D) Fazendo o b em extensão. Realizando
O) Lateralização e anteroposterior da MS D;
B) Gravidez de 13 semanas este mês;
(4) Mamas em fase posterior das outras mãos (D);
O) Discreto por planos achatados;
C) Visceralizado em nível de clavos;
D) Pecten da clavícula fratura;
E) Fratura de 2 planas tarsais! no inferior
bem fechada.

Booby do the job.

(2) After the following:

Orthopedic Care Center | 123 Main Street, Anytown, USA | (555) 123-4567

CREC 1205/CREC 1215/CREC 1220
Ortopedia e Traumatologia
Dr. Pimoliudo Mendes



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante

HOSPITAL REGIONAL DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

Nome do Estabelecimento Executante

Hospital Regional de São José dos Pinhais

CNES

2504537

CNES

Nome do Paciente

José Maria da Silva Galvão

Apelido

Nº Prontuário

117155

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

2618136236900081

Data de Nascimento

29/06/1987

Sexo

Masculino

1

2

Feminino

3

Raça / Cor

03

Nome da Mãe

Francisco Lúcia da Silva Galvão

Nome do Responsável

Francisco Lúcio da Silva Galvão

DDD - Telefone do Celular

3353-3353

Município de Nascimento

São Paulo

UF

SP

Nacionalidade

Brasileiro

Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)

Rua Francisco Sá Carneiro 1100 apto 101

Nº

411

Bairro

São Geraldo

Município de Residência

São Paulo

Código IBGE do Município

351620

UF

SP

CEP

58800-070

Ponto de Referência

Próximo ao Hospital São Geraldo

DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECITANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. executante

Dr. Nelson Oliveira

Nº Cons. de Classe

2680

CPF

022279194-17

Assinatura do Diretor Clínico

Dr. Nelson Oliveira

Assinatura do Diretor Clínico

Dr. Nelson Oliveira

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

peleido vento de clima frio e seco, cintilando e desprendendo em abundância.

(D)

Condições que Justificam a Internação

precisidade de H2O e vitamina C

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

hemograma + ex. fôrma + bact. a

Diagnóstico inicial

fracasso cardíaco devido a

CID 10 Principal

I10

CID 10 Secundário

CID 10 Causas Associadas

Nº Notifc. Compulsória

Descrição do Procedimento Solicitado

hemograma + ex. fôrma + bact. a

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado

hemograma + ex. fôrma + bact. a

Código do Catálogo da Internação

UVE Elétrico

Clinics

Leito Compulsório

Equipamentos Requeridos para Internação

hemograma + ex. fôrma + bact. a

Nome do Profissional Solicitante

Polycarlos Mendes

PROFISSIONAL SOLICITANTE

DOCUMENTO

CNS CPF

Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

00303050540

Nº do Conselho de Classe

7961

Data da Solicitação

01/05/15

Assinatura e Carimbo do Profiss. Solicitante/Assistente/Nº Cons. de Classe

Data desejada pr Internação

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES / VIOLENCIAS)

AC DE TRÂNSITO

CNPJ da Seguradora

Número do Bilhete

Série

AC. TRAD/ÍSTICO

CNPJ da Empresa

CNAE da Empresa

CBOR

AC. TRAB/TRAJETO

Vínculo com a Previdência

Empregado

Empregador

Autônomo

Desempregado

Aposentado

Não Segurado

Nome do Professional Autorizador

Dr. Vítor G. G. G. G.

Autorizado

CRM PR 1004

Documento

CNS CPF

Nº do CNS/CPF Profiss. Autorizador

Espaço Reservado para Colar a Etiqueta com dados da Autorização

953520369660-2

Data da Autorização

Código do Órgão Emissor

Nº Registro Cons. de Classe

Ass. do Autorizador/Carimbo



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: 0042	Paciente / Usuário: J. L. S. de S. G.	Idade: 27	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: BZL 230		Bairro: Barro	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:	OBS:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
------------	--------------	------	---

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

CINÉMATICA / 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 ETÍlico <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO
<input type="checkbox"/> INCÓNSCIENTE <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> OUTROS
Grau: <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> FATALE
PARESTESIA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> OUTRA
LESÕES APRESENTADAS:
<input type="checkbox"/> DESCOBRIMENTOS LOCAL: <input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA LOCAL: S1 Vertebral <input type="checkbox"/> FRACTURA COMPLETA LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CORTE / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRACTURA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> FRATURA EXPÔSTA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: Quadril <input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / 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: _____ BPM FC Final: 90 BPM + PAS (mm Hg): <input type="checkbox"/> > 90 <input type="checkbox"/> < 90 90/100 <input type="checkbox"/> OUTRO
PAUTADA RESPIRATÓRIA: <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR / FREQUÊNCIA MIN: <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - MMII <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: %

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Capacidade de Enfermagem:	<input type="checkbox"/> INSOCIAÇÃO / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> MACROSCOPIA / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> DISCO / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE ADAPTIVA INTRA-FAVORÍANA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> DESLOCAMENTO / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> PERÍCIA TISSULAR CARDIOPULMONAR / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> DISREFLEXIA / AUTÔNOMA: _____ <input type="checkbox"/> PERÍCIA TISSULAR CEREBRAL / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA: _____ <input type="checkbox"/> DOR AGUDA: _____ <input type="checkbox"/> PERÍCIA TISSULAR PREJUDICADA: _____
<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA: _____ <input type="checkbox"/> DOR AGUDA: _____ <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA: _____	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> TROCA DE GASES / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA: _____ <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA: _____ <input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL: T01 <input type="checkbox"/> ESTABILIZADOR LATERAL / CINTO: <input type="checkbox"/> FRANTE: <input type="checkbox"/> PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TALAS DE EXTREMIDADES
<input type="checkbox"/> A.V.P. COM AUTOCATH: <input type="checkbox"/> MEE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> SAI <input type="checkbox"/> mls 500mls <input type="checkbox"/> 80 ml <input type="checkbox"/> MEDICINA: <input type="checkbox"/> MACA / VACUO: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MMN: <input type="checkbox"/> MASCARA COM RELEVO: <input type="checkbox"/> CATETER NASAL: <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> MEE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MEE <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MACA / VACUO: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO: <input type="checkbox"/> EXTRONAV: <input type="checkbox"/> CURATUR: <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO: <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO SIMPLES: <input type="checkbox"/> INFLAMAÇÃO OCULAR / LOCAL: <input type="checkbox"/> OLHO: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OLHO D: <input type="checkbox"/> VELPÉRIO / LOCAL: <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVA / OUTROS: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CÁLULAG DE CUELLO: <input type="checkbox"/> CATETER NASAL: <input type="checkbox"/> MARCHA PRESERVATORIO: <input type="checkbox"/> VVA: <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: <input type="checkbox"/> TORACOTOMIAS: <input type="checkbox"/> E: <input type="checkbox"/> D: <input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁCICA: <input type="checkbox"/> E: <input type="checkbox"/> D: <input type="checkbox"/> PERICARDIOCENTÉS: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO: E.C.G. <input type="checkbox"/> ETCO: <input type="checkbox"/> RCP: <input type="checkbox"/> MANO: <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL / LESERILIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> AUTOMÁTICO: <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS EM AMPOLAS: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FRASCOS: <input type="checkbox"/> FENTANIL: <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> SUQUINOLICINA: <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> MIDAZOLAM: <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> DIAZEPAM: <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> OUTROS: <input type="checkbox"/>

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: J. L. S. G.	COREN: 102121 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Bruno	COREN: _____
COMOTOR: J. L. S. G.	SUPERVISOR DE ENFERMAGEM (VOTO): 100	MÉDICO (VOTO): _____

RECUSA

1. NOME: _____	2. NOME: _____
ASSINATURA: _____	TESTEMUNHA: _____
TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____	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 ESPÉCIE - VALOR R\$	()					
CALÇADO (MARCA)			RELOGIO (MARCA)	ANÉS (QUANTIDADE)		
BRINCOS (QUANTIDADE)			PULSEIRAS (QUANTIDADE)	OUTRO:		
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBERÁ OS PERTENCES:						
SETOR:	FUNÇÃO:					
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

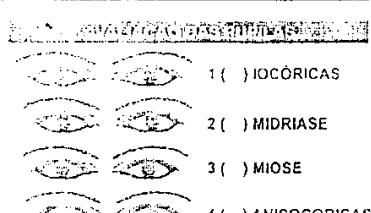
MEDICAMENTOS	QUANT.
AAS 100 mg	
AUR. NALINA	
AGUA DESTILADA 10 ML	
AMOCARONA	
ATROPINA	
CAMPICRIL 25 mg	
DICLOFENACO 75 mg	
DIFENICLA 10	
ESCOLARINA (HIOSCINA)	
ESCOLARINA COMPOSTA (BUSCOFAN COMP.)	
FENOTEROL GOTAS	
FUNOSEMIDA	
GLUCOSE 5%	
HUVO CRISTALINA 120 mg	
HUVO CORTISONA 500 mg	
IPATIN-MCP GOTAS	
ISCRON 500 mg	
METOCLOPRAMIDA	
PARACETAMOL GOTAS	
SOLUCAO DE GLUCOSE 5%	
SOL. AG. DE KINETIC LACTATO	
ST. LORAZEPAMODIC	
TECAZIMA	

MATERIAIS	QUANT.
ALCOOL (PINCETA 250 ml)	
ALCOOL (PROOF)	
ATADURA DE CHEIRON 15 cm	
CATETER TIPO OCULOS	
EVAPOR MACROGOLAS	
ESQUIPO MACROGOLAS	
ESPAÇADUMPO	
FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CODIGO N° _____)	
GARROTE	
GAZE ESTERIL (PACOTE)	
GAZE NAO ESTERIL (PACOTE COM 100 unids.)	
JELCO N° _____	
LANCOL DESCARTAVEL	
LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO _____	
LUVA ESTERIL N° _____	
MASKA AR DEDICARTAVEL	
SCALP UP	
SURGICUT	
TONGUE DE TACAO N° _____	
OUTROS	

Evolució versió 1987's recente modificació de la legislació es refereix al vot d'ajudicat
de treball que té un criteri de qualitat en prestatge dins l'ajudicació. Aquesta
norma tan sols (i) estableix un criteri per incloure els projectes
admitits en les licitacions.

ESCALA DE GLASGOW			
Código	Resposta	Avaliação	Melhor resposta motora
4	Engorda	Esponjamento	Engorda
5	Acorda com voz alta	Ac estimula verbal	Ac estimula verbal
6	Sai de cama ou direciona	Ac estimula motora	Ac estimula motora
7	Nada	Acidente	Acidente
8	Aspirante	Aspirante	Aspirante
Melhor resposta motora			
6	Obedece comando	Movimento espontâneo	Obedece comando
5	Localiza dor	Localiza dor (retirar a mão do toque)	Localiza dor
4	Retarda no estímulo doloroso	Retarda no estímulo doloroso	Retarda no estímulo doloroso
3	Fixação no estímulo doloroso	Fixação no estímulo doloroso	Fixação no estímulo doloroso
2	Percussão dolorosamente	Percussão dolorosamente	Percussão dolorosamente
1	Extremidade acimutada	Extremidade acimutada	Extremidade acimutada
0	Dolor intenso	Dolor intenso	Dolor intenso
Melhor resposta verbal			
5	Conversa	Conversa com si	Conversa com si
4	Palavras	Palavras faladas	Palavras faladas
3	Habla em coroado	Habla em coroado	Habla em coroado
2	Palavras incompreensíveis	Palavras incompreensíveis	Palavras incompreensíveis
1	Palavras	Palavras	Palavras
0	Nada	Nada	Nada

Materiais	Quantidade
1 Amigo	
<input type="checkbox"/> Base ou Estabilizador Lateral da Cabeça	
<input type="checkbox"/> Cânula de Oxigênio	
<input type="checkbox"/> Colar cervical Tum贅nho	
<input type="checkbox"/> Estabilizador Lateral da Cabeça	
Ked () Adulto () Infantil	
Micra	
Manta e Válvula	
<input type="checkbox"/> 100% Gás com 20% de Oxigênio	
<input type="checkbox"/> 100% de Oxigênio	
<input type="checkbox"/> 100% de Nitrogênio	
<input type="checkbox"/> 100% de Ar	
<input type="checkbox"/> 100% de Armix	
Tremolo Arma da	
Turpanda de O	
<input type="checkbox"/> 1 Traqueotomia do Fim de	
<input type="checkbox"/> 1 Cutánea	



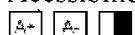
VÍTIMA JACKSON DA SILVA GALDINO
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
BENEFICIÁRIO JACKSON DA SILVA GALDINO
CPF/CNPJ: 06766806400

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](#)

[Lectura 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](tel:08000221204)
- [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



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. 10

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

