



Número: **0800346-76.2018.8.15.0491**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única de Uiraúna**

Última distribuição : **31/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 8775.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes   |  |
|----------|--|
| Tipo     | Nome                                       |
| ADVOGADO | <b>OSMANDO FORMIGA NEY</b>                 |
| AUTOR    | <b>GERALDO VIEIRA DA SILVA</b>             |
| RÉU      | <b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A</b> |

| Documentos |                    |  |                          |
|------------|--------------------|--|--------------------------|
| Id.        | Data da Assinatura | Documento                                  | Tipo                     |
| 14576 847  | 31/05/2018 12:32   | <a href="#">procuração doc id</a>          | Procuração               |
| 14576 848  | 31/05/2018 12:32   | <a href="#">ficha atendimento medico</a>   | Outros Documentos        |
| 14576 850  | 31/05/2018 12:32   | <a href="#">atestado 2</a>                 | Outros Documentos        |
| 14576 855  | 31/05/2018 12:32   | <a href="#">boletim de ocorrencia</a>      | Outros Documentos        |
| 14576 859  | 31/05/2018 12:32   | <a href="#">valor recebido DPVAT</a>       | Outros Documentos        |
| 16020 221  | 17/08/2018 15:42   | <a href="#">Despacho</a>                   | Despacho                 |
| 16708 658  | 20/09/2018 11:07   | <a href="#">Ato Ordinatório</a>            | Ato Ordinatório          |
| 16709 036  | 20/09/2018 11:14   | <a href="#">Mandado</a>                    | Mandado                  |
| 18358 795  | 13/12/2018 19:57   | <a href="#">Diligência</a>                 | Diligência               |
| 18358 803  | 13/12/2018 19:57   | <a href="#">Pasta Scan 20181213 205341</a> | Devolução de Mandado     |
| 18770 003  | 23/01/2019 08:42   | <a href="#">RECIBO ECT</a>                 | Documento de Comprovação |
| 18770 016  | 23/01/2019 08:42   | <a href="#">RECIBO ECT</a>                 | Outros Documentos        |

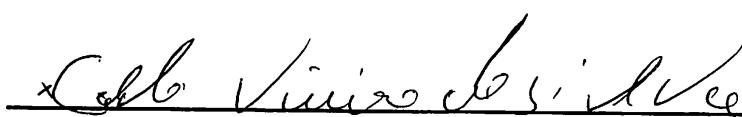
## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO.

**OUTORGANTE:** GERALDO VIEIRA DA SILVA, brasileiro, casado, servidor público, inscrito no CPF sob o nº. 095.384.318-12, residente e domiciliado na rua Projetada da Cagepa, bairro Alto Bela Vista, Uiraúna (PB).

**OUTORGADO (AS):** OSMANDO FORMIGA NEY, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba, sob número 11.956, com banca advocacia à rua Sinfrônio Nazaré, n.º 05, centro, Sousa (PB).

**PODERES:** Cláusula “ad juditia et extra”, a fim de defender os interesses e direitos do (s) outorgante (s) perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública federal, estadual, municipal ou distrital ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o (s) outorgante (s) seja (m) autor (es) ou reclamante (s), e defendendo-o (s) quando for (em) réu (s), interessado (s) ou requerido (s), podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromisso, prestar declarações, receber citação, requerer os benefícios da justiça gratuita, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe (s) convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

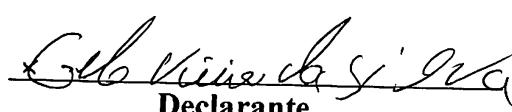
Sousa-PB, 13 de março de 2018.

  
Geraldo Vieira da Silva  
**OUTORGANTE**

## DECLARAÇÃO

**GERALDO VIEIRA DA SILVA**, brasileiro, casado, servidor público, inscrito no CPF sob o nº. 095.384.318-12, residente e domiciliado na rua Projetada da Cagepa, bairro Alto Bela Vista, Uiraúna (PB), **declara que não dispõe de condições financeiras, para pagamento de custa processuais, para fins de concessão dos benefícios da gratuidade dos atos judiciais, junto a Justiça Estadual**, declaração que ora faz sob as penas da lei.

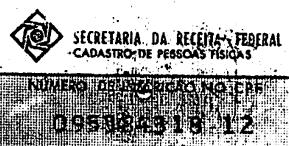
Sousa (PB), 13 de março de 2018.



**Declarante**



|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  |                                   |
| REGISTRO<br>GERAL   | 20.897.186-5                      |
| DATA DE<br>EXPEDIÇÃO 09/06/07   |                                   |
| NOME GERALDO VIEIRA DA SILVA  |                                   |
| ALIACAO JOAQUIM VIEIRA DA SILVA   |                                   |
| E ISABEL JOSEFA DE JESUS  |                                   |
| NATURALIDADE<br>UIRAUNA -PB   | DATA DE NASCIMENTO<br>25/SET/1966 |
| DOC ORIGEM<br>UIRAUNA BA<br>POCO DANTAS<br>ONILV. A03 /FLS. 99V /N. 001417<br>GPF |                                   |
| ASSINATURA DO DIRETOR   |                                   |
| LEI N°7.116 DE 29/08/83   |                                   |



GERALDO VIEIRA DA SILVA.

25/09/66.

+ Gulab Villa abs. 1/2



PREFEITURA DE UIRAÚNA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UIRAÚNA

SAMU  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

**IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA**

|                           |   |              |           |          |                              |                              |
|---------------------------|---|--------------|-----------|----------|------------------------------|------------------------------|
| Nº SOLICITAÇÃO:           | 51  | DATA:        | 07/02/13  | VIAIRIA: | <input type="checkbox"/> USA | <input type="checkbox"/> USA |
| MÉDICO(A) REGULADORA(DA): | DR. JOSÉ F. B. LIMA   | CIDADE:      | CONCEIÇÃO | ESTADO:  | PE                           |                              |
| ENDERECO DA OCORRÊNCIA:   | BARRO: <i>Aldeia Conceição</i>  | CRM:         | Nº        |          |                              |                              |
| PONTO DE REFERÊNCIA:      | CELESTE   | SEXO:        | MASC.     |          |                              |                              |
| PACIENTE SUSCITADO:       | RESIDÊNCIA  | IDADE:       | 35        |          |                              |                              |
| Sexo:                     | <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. | SOLICITANTE: |           |          |                              |                              |

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

|   |  |                                     |  |                                      |                                    |
|---|--|-------------------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICA            | <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMÁTICA | <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICA | <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICA | <input type="checkbox"/> PSQUIATRICA | <input type="checkbox"/> CIRURGICA |
| <b>APOIO NO LÓCAL</b>                       |  |                                     |  |                                      |                                    |
| <input type="checkbox"/> CORPO DE BOMBEIROS |  |                                     |  |                                      |                                    |
| <input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL       |  |                                     |  |                                      |                                    |
| <input type="checkbox"/> CPTAN              |  |                                     |  |                                      |                                    |
| <input type="checkbox"/> SITRANS            |  |                                     |  |                                      |                                    |
| <input type="checkbox"/> PM                 |  |                                     |  |                                      |                                    |
| <input type="checkbox"/> OUTRO              |  |                                     |  |                                      |                                    |

**AVALIAÇÃO PRIMÁRIA**

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| <b>VIAS AÉREAS</b>                         |  | <b>VENTILAÇÃO</b>                                    |  | <b>CIRCULAÇÃO</b>                            |  |
| <input type="checkbox"/> PERMAS            |  | <input type="checkbox"/> EXPANSIBILIDADE             |  | <input type="checkbox"/> PULSO               |  |
| <input type="checkbox"/> RESPIRADORA       |  | <input type="checkbox"/> NORMAL                      |  | <input type="checkbox"/> INCÓNSCIENTE        |  |
| <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL |  | <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL                 |  | <input type="checkbox"/> RINORRAGIA          |  |
| <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL   |  | <input type="checkbox"/> REGULAR                     |  | <input type="checkbox"/> OTORRAGIA           |  |
| <input type="checkbox"/> EPIFÍEIA          |  | <input type="checkbox"/> IRREGULAR                   |  | <input type="checkbox"/> RINORRÉIA           |  |
| <input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL      |  | <input type="checkbox"/> AUTÔMOTOS VESICULARES       |  | <input type="checkbox"/> OTORRÉIA            |  |
| <input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL      |  | <input type="checkbox"/> NORMAIS                     |  | <input type="checkbox"/> PÍRULAS             |  |
| <input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL      |  | <input type="checkbox"/> DOMINUDO                    |  | <input type="checkbox"/> SONOLENCIA          |  |
| <input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL      |  | <input type="checkbox"/> ARRESTADO                   |  | <input type="checkbox"/> AGITACAO            |  |
| <input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL      |  | <input type="checkbox"/> ABSENTE                     |  | <input type="checkbox"/> TORPOR              |  |
| <input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL      |  | <input type="checkbox"/> NORMAIS                     |  | <input type="checkbox"/> COMA                |  |
| <input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL      |  | <input type="checkbox"/> AUSENTES                    |  | <input type="checkbox"/> MUDANÇA             |  |
| <input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL      |  | <input type="checkbox"/> RETARDADA                   |  | <input type="checkbox"/> FOTOREREFRAENTES    |  |
| <input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL      |  | <input type="checkbox"/> MÁCIEZ                      |  | <input type="checkbox"/> NAO FOTOREFRAGENTES |  |
| <input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL      |  | <input type="checkbox"/> AUSENTES                    |  | <input type="checkbox"/> RISQUIZ.            |  |
| <input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL      |  | <input type="checkbox"/> PERDIDA DE MASSA ENCEFÁLICA |  | <input type="checkbox"/> ANSOGORIA           |  |
| <input type="checkbox"/> DEFESA CIVIL      |  | <input type="checkbox"/> ANSOGORIA                   |  | <input type="checkbox"/> D.E.                |  |

**SINAIS VITais E DADOS COMPLEMENTARES**

|                      |              |                |            |                         |              |
|----------------------|--------------|----------------|------------|-------------------------|--------------|
| <b>SINAIS VITais</b> |              | <b>GLASGOW</b> |            | <b>GLICEMIA CAPILAR</b> |              |
| EVOLUÇÃO             | P.A.<br>mmHg | F.C.<br>lpm    | Temp.<br>% | Sap. 02                 | A.O.<br>R.V. |
| INICIAL              | 130 x 50     | 74             | 65         | 62                      | 100          |
| FINAL                | X            |                |            |                         |              |
|                      |              |                |            |                         |              |

**PASSAGEM DO CASO PARA BASE**

SOLICITADO APOIO DA USA.  NÃO  SIM

QUAL USA.

OBS.: SOMENTE SE O PREFIXO DA VIATURA ACIONADA FOR USA

**DADOS COMPLEMENTARES**

**GINECO-OBSTÉTRICO**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ABORTAMENTO             | <input type="checkbox"/> CONTAUSÃO               |
| <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA VAGINAL      | <input type="checkbox"/> DROGAS                  |
| <input type="checkbox"/> TRABALHO DE PARTO       | <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO              |
| <input type="checkbox"/> 0-1 CONTRAÇÕES / 10MIN  | <input type="checkbox"/> ALERGIAS                |
| <input type="checkbox"/> 2-4 CONTRAÇÕES / 10MIN  | <input type="checkbox"/> ANS                     |
| <input type="checkbox"/> 4-5 CONTRAÇÕES / 10MIN  | <input type="checkbox"/> HAS                     |
| <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO             | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS |
| <input type="checkbox"/> PÉRICA DO TAMPÃO MUCOSO | <input type="checkbox"/> AVC                     |
| <input type="checkbox"/> BOLSA RÔTA              | <input type="checkbox"/> CONVULSÕES              |
| <input type="checkbox"/> MASCIMENTO              | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA             |

**HISTÓRIA PREGRESSA**

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DIABETES              | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS |
| <input type="checkbox"/> D. INFECTO-CONTAGIOSA | <input type="checkbox"/> OUTROS       |

**RESGATE**

**OUTROS**

**IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS**

|                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IDIOPAT. | <input type="checkbox"/> ISOCORICAS   |
| <input type="checkbox"/> ATROF.   | <input type="checkbox"/> ANISOCORICAS |
| <input type="checkbox"/> MIOSE.   | <input type="checkbox"/> S. C.        |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA. | <input type="checkbox"/> S. C.        |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA. | <input type="checkbox"/> S. C.        |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA. | <input type="checkbox"/> S. C.        |

**IDENTIFICAÇÃO DA PUPILA**

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FRANCA           | <input type="checkbox"/> FRANCA LONGA |
| <input type="checkbox"/> MACA             | <input type="checkbox"/> MACA VACUO   |
| <input type="checkbox"/> CADERNA DE RODAS | <input type="checkbox"/> S.N.G.       |
| <input type="checkbox"/> RAPEL            | <input type="checkbox"/> OUTROS       |

**RESGATE**

**OUTROS**

**IDENTIFICAÇÃO DA PUPILA**

**RESGATE**</p

| TRAUMA / VIOLENCIA   |   | CAUSAS EXTERNAS                                    |  |
|--|---|--|--|
| F.A.F  | <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO | <input type="checkbox"/> PEDESTRE                  | <input type="checkbox"/> POSIÇÃO DA VÍTIMA         |
| F.A.B  | <input type="checkbox"/> CHOQUE               | <input type="checkbox"/> MOTORISTA                 | <input type="checkbox"/> <b>PEDESTRE</b>           |
| ESPAÇAMENTO  | <input type="checkbox"/> COLISÃO              | <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO DIANTEIRO      | <input type="checkbox"/> <b>MOTORISTA</b>          |
| QUEDA  | <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO          | <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO TRASEIRO       | <input type="checkbox"/> <b>PASSAGEIRO</b>         |
| MESMO NÍVEL  | <input type="checkbox"/> TOMBAMENTO           | <input type="checkbox"/> DIREITO                   | <input type="checkbox"/> <b>CENTRAL</b>            |
| ALTAURA (mts)  | <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO        | <input type="checkbox"/> CENTRAL                   | <input type="checkbox"/> <b>ESQUERDO</b>           |
| BOTERRAMENTO   | <input type="checkbox"/> Queda                | <input type="checkbox"/> DIREITO                   | <input type="checkbox"/> <b>SITUAÇÃO DA VÍTIMA</b> |
| CHOQUE ELÉTRICO  | <input type="checkbox"/> BICICLETA            | <input type="checkbox"/> DENTRO DO VÉHICULO        | <input type="checkbox"/> <b>SITUAÇÃO DA VÍTIMA</b> |
| QUEIMADURA   | <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA          | <input type="checkbox"/> NÃO ENCARCERADA           | <input type="checkbox"/> <b>DIREITO</b>            |
| GRAU I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> NÃO SABE             | <input type="checkbox"/> ENCARCERADA               | <input type="checkbox"/> <b>CENTRAL</b>            |
| ÁREA CORPORAL (%)  | <input type="checkbox"/> OUTROS               | <input type="checkbox"/> ESTATA                    | <input type="checkbox"/> <b>ESQUERDO</b>           |
| AFOGAMENTO   | <input type="checkbox"/> VÉHICULO DA VÍTIMA   | <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO               | <input type="checkbox"/> <b>DIREITO</b>            |
| INTOXICAÇÃO EXÓGENA  | <input type="checkbox"/> BICICLETA            | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>CENTRAL</b>            |
| SUSTÂNCIA  | <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA          | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESQUERDO</b>           |
| ANIMAIS  | <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL            | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
| OUTRAS   | <input type="checkbox"/> CARRINHO             | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>DEAMBULANDO</b>        |
|  | <input type="checkbox"/> OUTROS               | <input type="checkbox"/> USO DO CAPACETE           | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>DEAMBULANDO</b>        |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>DEAMBULANDO</b>        |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>DEAMBULANDO</b>        |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> SIM                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> NÃO                       | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> OUTROS                    | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA | <input type="checkbox"/> <b>ESTATÁ</b>             |
|  |   | <input type  |  |

## ATO DECLARATÓRIO

|   |  |                            |
|---|--|----------------------------|
| <b>PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE:</b> |  | <b>DESTINO DO PACIENTE</b> |
| <b>RESPONSÁVEL:</b>                         | <input checked="" type="checkbox"/> Apoio Diagnóstico  |                            |
| <b>FUNÇÃO:</b>                              | <input type="checkbox"/> Serviço de Mayor Complexidade |                            |
|   | <input type="checkbox"/> Transferência Simples         |                            |
| <b>MOTIVO DO TRANSPORTE</b>                 |  |                            |
| <input type="checkbox"/> Outro _____        |  |                            |

**ATENDIMENTO SEGUNDO MORTALIDADE**  
□ ÓBITO NO LOCAL    □ SEM ATENDIMENTO    □ APÓS ATENDIMENTO  
ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

## INTERCORRÊNCIAS NO ATENDIMENTO

**TERMO DE RECUSA**

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento desempenhado pelo SAMU 192 - Uirapuru.

**RECUSOU TRANSPORTE** **ACIDENTES DE TRABALHO**

**QTA CANCELAMENTO** **PROBLEMA COM AMBULANCIA** **OUTRAS...**

四〇

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

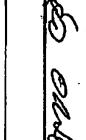
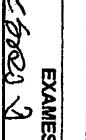
Regen on the Orinoco above Venezuela, will find the occurrence of

Resumo das discussões realizadas na reunião de 10 de outubro de 1962, com o objetivo de elaborar o protocolo de seguimento das ações H.R.C.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: OSMANDO FORMIGA NEY  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1805311227335200000014225212>  
Número do documento: 1805311227335200000014225212

Num. 14576848 - Pág. 2

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|  <b>SUS</b>   |  | <b>ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE</b><br><b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>   |  |
| <b>CÓDIGO DA UNIDADE:</b> 2813496<br><b>NOME:</b> HOSPITAL REGIONAL DE CAJAÇERAS<br><b>END.:</b> RUA TABELEÃO ANTONIO HOLLANDA<br><b>MUNICÍPIO:</b> CAJASERAS<br><b>ESTADO:</b> PARAÍBA   |  | <b>CGC/CPF:</b> 08.778.289/00028-23<br><b>UF:</b> 25   |  |
| <b>Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA</b>   |  |  |  |
| <b>Nome:</b> GERALDO VIEIRA DA SILVA<br><b>Raça/Cor:</b> SEM INFORMAÇÃO   |  | <b>Profissão:</b> AGRICULTOR<br><b>Endereço:</b> RUA PROJETADA<br><b>Bairro:</b> ALTO BELA VISTA<br><b>Município-UF:</b> UIRACUNA - PB - 58915000 - 251690<br><b>Telefone para contato:</b> (83) 3551-3563 /<br><b>Data e Hora:</b> 07/02/2017 08:13:50                                  |  |
| <b>Mae:</b> ISABEL JOSEFA DE JESUS<br><b>RG/Nasc:</b> 25/09/1968<br><b>Idade:</b> 50 ano(s)<br><b>mês(es) de Idade:</b> dia(as) de Idade<br><b>Sexo:</b> M  |  | <b>Documento:</b> RG 20897186-5 SP<br><b>Nº:</b> 0<br><b>CNS:</b> 709803041908892  |  |
| <b>Queixa Principal:</b> _____  |  |  |  |
| <b>PESO:</b> _____<br><b>PA:</b> _____<br><b>SSW:</b> _____<br><b>TEMP.:</b> _____  |  | <b>ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)</b><br><u>Presente dor de estômago, magreza grande de</u><br><u>modo brusco e doloroso. Perdeu peso em 60 kg</u><br><u>recentemente.</u>  |  |
| <b>01 - ELETIVO</b><br><b>02 - URGENCIA</b><br><b>03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVICO DA EMPRESA</b><br><b>04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO</b><br><b>05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS</b> |  | <b>CARÁTER DO ATENDIMENTO</b><br><b>PROCEDIMENTO - descrição:</b><br><u>Primeros auxílios</u>  |  |
| <b>MEDICAÇÃO:</b><br><input checked="" type="checkbox"/> 1. PRESCRITA<br><input type="checkbox"/> 2. APLICADA   |  | <b>ENCAMINHAMENTO:</b><br><input checked="" type="checkbox"/> 1. OBSERVAÇÃO<br><input type="checkbox"/> 2. OUTRO HOSPITAL<br><input type="checkbox"/> 3. RESIDÊNCIA<br><input type="checkbox"/> 4. OBITO<br><input type="checkbox"/> 5. INTERNAÇÃO<br><input type="checkbox"/> 6. OUTROS |  |
| <b>SERVÍCIOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:</b><br>1. 0130110101010101<br>2. 111111111111<br>3. 0130111101010101 - 1  |  |  |  |
| <b>ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARMIMBO</b><br><u>Cláudia Gómez da Silva</u><br><b>ASS. DO REVISOR TÉCNICO</b><br><u>CARMIMBO</u>  |  |  |  |
| <b>ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL</b><br><u>Cláudia Gómez da Silva</u><br><b>ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO</b><br><u>CARMIMBO</u>  |  | <b>OU POLEGAR DIREITO</b>  |  |
| <b>RESULTADOS</b>   |  |  |  |



Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba  
**Hospital Regional de Cajazeiras**

**CLÍNICA CIRÚRGICA**

Serviço do Dr. \_\_\_\_\_ Observação Nº \_\_\_\_\_  
Nome: GERALDO VIEIRA DA SILVA Filho de: JOAQUIM  
VIEIRA DA SILVA e de ISABEL JOSEFA DE JESUS  
Residência: PROJETADA Idade: 50  
Cor: BRANCA Sexo: MASCULINO Estado Civil: CASADO  
Naturalidade: UIRAUNA - PB Profissão: AGRICULTOR  
Internado em 07 de 02 de 17

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

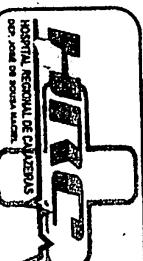
*TMN 1001 - 02/02/17*

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*DO - 1 - Exame Geral - 02/02/17*

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

*10711611-5*  
Dr. José Leite Landim Neto  
Ortopedista/Frumatologista  
CRM 11611/SBOT 13284



Estado da Paraíba  
- Hospital Regional de Cajazeiras

99624-2397

INFORMAÇÃO

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

R.G. N.º 20.897.186.15

Nome OSMANDO VIEIRA DA SILVA

Cartão Nacional de Saúde (CNS) 7101918103101411910181912

Data Nascimento 25/09/1966 Residente à (Rua, Av.) PROJETADA

N.º SW: Bairro ALTO DA B. VIEIRA

Cidade VIRCAUNA UF PB segurado ou Dependente

Grau Parentesco ESPOSA  
no qual dou fé

Cajazeiras, 07/02/19

X Silvana Alves Andrade  
Paciente Responsável

Silvana Alves Andrade  
Funcionário Responsável

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442



# HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS  
DEP. JOSE DE SOUSA MACHADO

|  |                              |
|--|------------------------------|
| (preencher quando não houver etiqueta) |                              |
| Nome:                                  | GLEYSON V. M. V.<br>DA SILVA |
| Idade:                                 | 50 anos 0 meses              |
| IH:                                    | Leito:                       |

## Resumo de Alta / Transferência

### RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes:

Acidente de  
trânsito (SII) com fratura  
em ombro e clavícula.  
Sem / Fármaco:

Diagnóstico principal: Fratura glenoides  
Diagnósticos secundários: clavícula (ombro)  
Fratura de clavícula

Procedimentos Cirúrgicos  Não  
1- Cirurgia Realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_  
Tipo de anestesia / sedação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
2- Cirurgia Realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_  
Tipo de anestesia / sedação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Procedimentos / Exames Invasivos  Não  
1- \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
2- \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
3- \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Condições de Alta / Transferência  
 Curado  Melhorado  Inalterado  Óbito  
Destino:  Residência  Atendimento domiciliar  Transferência para: \_\_\_\_\_  
Retornar:  Consultório em \_\_\_\_\_ dias Aos cuidados de: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

Data: 10/02/2017

Médico

Dr. Francisco de Alencar  
CRM 1085-FAM

CRM / Carimbo

ESTADO DA PARAÍBA  
MUNICÍPIO DE URAÚNA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Geovane Vieira da Silva

Recuso em o recado ser  
entregue, encontrei-me em TERRITÓRIO  
DE FORTALEZA NESTA UNIÃO  
POIS A SÓLIDA FUNCIONA FÉ  
FORTALEZA CINQUENTA ESCALADAS  
+ CINQUENTA, impossível trazer  
de volta sem atraso. JÁ  
POIS POR IMPOSSIBILIDADE DE VOLTA  
SACIONE DIRETO.

Geovane  
(CRF/10)

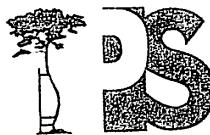
Dr. Francisco de Souza  
Fisioterapeuta  
CPF: 027.681.044-93  
CRF/10 23788-F

Uiraúna-PB, 09/06/13

Assinatura do Profissional e Carimbo

Caro usuário ao retornar a consulta, por favor, traga esta receta.

Gráfica F4 (83) 99683.9090 Uiraúna PB



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS  
DE CAMPINA GRANDE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
FERNANDES & FERNANDES LTDA

CNPJ 02674272/0001-00

Rua D. Pedro II, 112 - Centro - Fone: (83) 3341.4979 - CEP 58400-062 - Campina Grande - PR

## ATESTADO

Atesto para devidos fins de DIREITO  
que o (a) Sr. (a) Geraldo Oliveira da  
Silva foi atendido(a) nesta CLÍNICA, portador(a)  
da Entidade Nosológica - CID 542.7 + 542.0  
devendo permanecer afastado (a) de suas atividades habi-  
tuais pelo período de tempo indeterminado dias.

Campina Grande / PB. 12/07/17

Dr. Antônio Wanderley  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DE OMBRO  
CRM 5626-PB.  
MÉDICO - CRM

ESTADO DA PARAÍBA  
MUNICÍPIO DE UIRACUÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

O Sr. Gerardo Vieira da Silva  
deu entrada nesse serviço com  
multidão de febre (cicatriz escu-  
pida / escoria e cravado (1)),  
além de outras lesões hemorrági-  
cas, com haverem febre em 100°  
devido a 20 sessões, excluindo  
sobre febre: flexão = 80°  
dembro, Abdômen = 45°, rotação  
no carpo. Recuperação, deficit de  
força, dor no membro D, GRAC  
3. Hipomotilidade nascente necrótica  
esquerda e direita (2), alvo per-  
sistente ao movimento

Francisco Cavalcante Vieira  
Fisioterapeuta Intensivista, ASSOBRAFIR

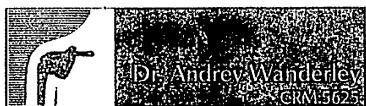
Uiraúna-PB, 04/06/17

Assinatura do Profissional CFP: 0271680044-93

Gráfica F4 (83) 99683.5090 Uiraúna - PB

CPF: 33796

Caro usuário ao retornar a consulta, por favor, traga esta receita



## Cirurgia de Ombro e Artroscopia

### LAUDO MÉDICO

O SR. GERALDO VIEIRA DA SILVA FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OMBRO FLUTUANTE (FRATURA INTRARTICULAR GRAVE DA GLENÓIDE + FRATURA DE CLAVÍCULA) EM 02/2017. PERMANECE COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE, COMO SEQUELA PERMANENTE, DEVIDO A GRAVIDADE DA FRATURA. LIMITAÇÃO ESSA QUE O INCAPACITA PARA SUAS ATIVIDADES LABORAIS DE FORMA DEFINITIVA.

16/02/18

Andrey Wanderley  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGA  
CIRURGIA DE OMBRO  
5625/PB.

Pronto Socorro de Fraturas - Rua Dom Pedro II, 112 - Centro - Campina Grande - Paraíba  
Fone: 83 3341 - 7208 | 3341 - 4979

**NOME: GERALDO VIEIRA DA SILVA  
MEDICO: DR. PALMERINDO MENDONÇA  
DATA: 08/02/2016**

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO**

### **TÉCNICA:**

*Exame de Tomografia Computadorizada de ombro, cortes axiais de 3,0 mm de espessura orientados através da radiografia digital.*

### **DESCRÍÇÃO:**

- Aumento de partes moles.
- **Fratura do terço médio da clavícula direita.**
- **Fratura cominutiva escapular direita.**
- **Fraturas de arcos costais à direita.**

*Dr. EVALDO DE SOUSA NÓBREGA  
Radiologia e Diagnóstico Por Imagem  
Médico CRM - PB 5227*

*NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas.*

PACIENTE: GERALDO VIEIRA DA SILVA  
DATA DO EXAME: 15.02.2017

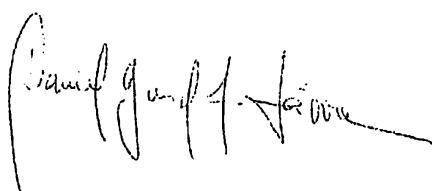
### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

#### TECNICA:

- Realizados cortes axiais com espessura de 5,0 mm pela técnica helicoidal, sem a injeção endovenosa do meio de contraste iodado.

#### LAUDO:

- Fraturas do 2º ao 4º arcos costais à direita.
- Fratura cominutiva da escápula direita.
- Fratura no terço médio da clavícula direita.
- Moderado derrame pleural à direita.
- Atelectasia do lobo inferior direito.
- Parênquima pulmonar restante com coeficientes de atenuação normal.
- Traquéia e brônquios-fonte anatômicos.
- Cavidades pleurais livres sem evidências de derrame e/ou espessamento.
- Mediastino centrado, de contornos e amplitude normais, sem evidências de linfoadenomegalias.
- Área cardíaca e vasos da base de dimensões preservadas.

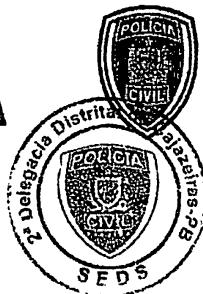


DR. DANIEL TÁVORA  
CRM- 7206

Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil  
20ª Delegacia Seccional de Polícia  
Delegacia Distrital de Cajazeiras - PB



GOVERNO  
DA PARAÍBA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 213/2017**

Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO

Data do fato: 07/02/2017 HORÁRIO: 06:40min. Aproximadamente

Data de notícia do fato a Depol: 18.04.2017

PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

**NOTIFICANTE:** GERALDO VIEIRA DA SILVA, brasileiro(a), natural de Uiraúna/PB, casado, agricultor, com 50 anos de idade, nascido(a) em 25.09.1966, CPF 095.384.318-12, RG 20.897.186-5 SSP/SP, filho de Joaquim Vieira da Silva e Isabel Josefa de Jesus, residente na rodovia BR 230, snº - Sítio Bela Vista - zona Rural de Uiraúna - PB.

**VÍTIMA:** o próprio declarante.

**HISTÓRICO DO FATO,**

O (a) notificante, depois de científica do (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que, na data de 07.02.2017, por volta das 06h40, aproximadamente, encontrava-se conduzindo o veículo tipo MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN ESD, PLACA OEU4292/PB, CHASSI 9C2JC4160FR102336, RENAVAM 0104094820-8, matriculada em nome de JOALISON JUNIOR DA SILVA, quando trafegava na rodovia BR 434, na altura do Sítio Carcara - zona Rural de Poco Dantas - PB, quando inesperadamente um animal, tipo VACA invadiu a rodovia, vindo o declarante a colidir com o referido animal; QUE a vítima foi socorrida pelo SAMU ao Hospital Regional de Cajazeiras - HRC; QUE o declarante sofreu POLITRAUMATISMO, FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA NA OMOPLATA DIREITA, DUAS FRATURAS NA COSTELA DO LADO DIREITO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE O DECLARANTE FOI TRANSFERIDO ANTONIO TARGINO, NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE - PB. Por este motivo procurou a delegacia para registrar ocorrência. QUE EM VIRTUDE DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR OCORRÊNCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS JUNTO AO SEGURO DPVAT. Segundo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 18 de ABRIL de 2017.

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notificante  | <input type="checkbox"/> Testemunha Advogada | <input type="checkbox"/> PEGAR DIREITO |
| Assinatura do Policial responsável pelo registro<br>Francisco Jose L. de Lira<br>Mat. 157.335-8 |  |  |
| <i>Elisangela N. Dantas<br/>Escrivã de Polícia<br/>Mat. 155.799-0</i>                           |  |  |

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Documentos  
Indenização

**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 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3170285329 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** GERALDO VIEIRA DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MARCOS AURELIO VIDAL CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

**BENEFICIÁRIO** GERALDO VIEIRA DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 09538431812

**Posição em 30-08-2017 16:01:29**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 4.725,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|

|            |              |          |              |
|------------|--------------|----------|--------------|
| 30/08/2017 | R\$ 4.725,00 | R\$ 0,00 | R\$ 4.725,00 |
|------------|--------------|----------|--------------|

### ACESSIBILIDADE

 ([/Pages/Acessibilidade.aspx](#))  ([/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx](#))

A A A O

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas](#) ([/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx](#))  
[Documentos Invalidez Permanente](#) ([/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx](#))  
[Documento Morte](#) ([/Pages/Documentacao-Morte.aspx](#))  
[Dicas Indispensáveis](#) ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))



### PAGUE SEGURO

[Como Pagar](#) ([/Pages/Pague-Seguro.aspx](#))  
[Consulta a Pagamentos Efetuados](#) ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))





**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Uiraúna**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800346-76.2018.8.15.0491

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e art. 8º cc. 139, II, ambos do NCPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do NCPC.

Cite(m)-se a(s) parte(s) ré(s) para oferecer(em) contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia e de presunção de veracidade das alegações de fato formuladas na petição inicial (NCPC, art. 344).

E ainda, trata-se o presente processo de cobrança de seguro DPVAT, sendo no caso imprescindível a realização de perícia, nesse sentido, nomeio o Dr. -----

Comunique-se com o perito nomeado para assumir o encargo e indicar dia, local e horário para a realização da perícia. Com a informação, intime-se a parte autora para se submeter ao exame pericial.

Por outro lado, nos termos do Convênio 015/2014, os honorários periciais devem ser custeados pela SEGURADORA LÍDER, de modo que, nos moldes do mesmo convênio, fixo tais honorários em R\$ 200,00 (duzentos) reais. Assim, intime-se a ré para providenciar o pagamento dos honorários, através de Depósito Judicial.

Intimem-se as partes para que, no prazo de cinco dias, apresentem os seus quesitos, caso ainda não apresentados e, querendo, indiquem assistente técnico.

Por outro lado, formulo os seguintes quesitos a serem respondidos pelo Perito:

- 1 – O autor é portador de invalidez permanente?
- 2 – Em caso positivo, em que consiste essa invalidez?
- 3 – A invalidez permanente é total ou parcial?
- 4 – Em sendo a invalidez permanente parcial, ela é completa ou incompleta?
- 5 – Sendo a invalidez permanente parcial incompleta as sequelas são de repercussão intensa, média, leve ou residual?
- 6 – Levando-se em consideração a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, qual o grau da invalidez?

Juntado aos autos o laudo pericial, intimem-se as partes para, no prazo sucessivo de 05 (cinco) dias se manifestarem e requererem o que entenderem de direito.

**Cumpre-se.**

UIRAÚNA, 17 de agosto de 2018.

Juiz(a) de Direito

**CERTIDAO**

Certifico para os devidos fins que foi nomeado o Dr. JANIO DANTAS GUALBERTO, medico perito, para realizar pericia no presente feito.

Uirauna, 20/09/2018

Analista

**Vara Única de Uiraúna**  
**Rua Manoel Mariano, S/N, Centro, UIRAÚNA - PB - CEP: 58915-000**  
**UIRAÚNA**  
**( )**

Nº do processo: 0800346-76.2018.8.15.0491  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Autor: Nome: GERALDO VIEIRA DA SILVA  
Endereço: rua projetada da Cagepa, s/n, Alto Bela Vista, UIRAÚNA - PB - CEP: 58915-000

Réu: Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A  
Endereço: Edifício Citibank\_\*\*, Rua da Assembléia 100, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

**MANDADO DE INTIMAÇÃO**  
**(PERITO)**

O MM. Juiz de Direito da Vara Única de Uiraúna manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, INTIME-SE o Dr. JANIO DANTAS GUALBERTO, medico perito nomeado, podendo ser encontrado no Centro Medico Dr.Diego Galdino, Uirauna PB, para agendar data, horario e local para realização da pericia, com antecedencia minima nao inferior a 30(trinta) dias.

UIRAÚNA, em 20 de setembro de 2018.

De ordem, JOAO NONATO FERNANDES NETO  
Mat.

**CERTIDÃO**

Certifico para os devidos fins que:

Que intimei o Médico Perito Dr. JANIO DANTAS GUALBERTO para designar as Perícias:

DATA: 14 de fevereiro de 2019

Horário: 13:30 hs

Local da Realização da Pericia: Fórum da Comarca de Uiraúna-PB

OBS: ANEXAR PROCESSOS DA PERICIA E FORMULARIOS (QUISITOS) PADRÃO DE PERICIA DE DPVAT ANEXADOS AOS PROCESSOS.

. Dou fé.

UIRAÚNA

13 de dezembro de 2018

CICERO ROMAO BATISTA NETO



**Vara Única de Uiraúna**  
**Rua Manoel Mariano, S/N, Centro, UIRAÚNA - PB - CEP: 58915-000**  
**UIRAÚNA**  
 ( )

Nº do processo: 0800346-76.2018.8.15.0491

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Autor: Nome: GERALDO VIEIRA DA SILVA

Endereço: rua projetada da Cagepa, s/n, Alto Bela Vista, UIRAÚNA - PB - CEP: 58915-000

Réu: Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Endereço: Edifício Citibank\_\*\*, Rua da Assembléia 100, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

**MANDADO DE INTIMAÇÃO**  
**(PERITO)**

O MM. Juiz de Direito da Vara Única de Uiraúna manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, INTIME-SE o Dr. JANIO DANTAS GUALBERTO, medico perito nomeado, podendo ser encontrado no Centro Medico Dr.Diego Galdino, Uirauna PB, para agendar data, horario e local para realização da pericia, com antecedencia minima nao inferior a 30(trinta) dias.

UIRAÚNA, em 20 de setembro de 2018.

De ordem, JOAO NONATO FERNANDES NETO

Mat.

*Perícia dia 14/02/19 as 13:30 horas*  
*local: Fórum*  
*Obs: Deixar processos e formulários pronto de perícia*  
*do DPVAT prontos.*



Assinado eletronicamente por: JOAO NONATO FERNANDES NETO  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
 ID do documento: 16709036

Dr. Janio Dantas Gualberto  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-4382 TEOT 5514  
 03004300



1809201114355010000016278456

RECIBO ANEXO

**CORREIOS**

RECIBO DE POSTAGEM TOTAL PAGO  
R\$ \_\_\_\_\_

0800346-76.2018

Nº DO REGISTRO

**JT 79609282 7 BR**

|          |                 |       |
|----------|-----------------|-------|
| NATUREZA | VALOR DECLARADO | PESO  |
| _____    | _____           | _____ |

A SER PREENCHIDO PELO REMETENTE SEM RASURA

NOME DO DESTINATÁRIO: *Segunador Licker*  
*doz. Consórcios*

ENDERECO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ CIDADE: *Rio de Janeiro* UF: *RJ*

