



Número: **0802434-25.2019.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **25/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA (AUTOR)	JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36421 548	09/11/2020 15:00	<u>Petição</u>	Petição
36421 949	09/11/2020 15:00	<u>2660387_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
36421 951	09/11/2020 15:00	<u>2660387_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 15:00:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110915005235200000034771496>
Número do documento: 20110915005235200000034771496

Num. 36421548 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180593231

Vítima: JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00807/00808 - carta_01 - INVALIDEZ



00020404

Carta nº 13742680



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 15:00:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110915005324400000034771497>
Número do documento: 20110915005324400000034771497

Num. 36421949 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180593231 Vítima: JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA

Data do Acidente: 08/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00603/00604 - carta_02 - INVALIDEZ



00060302

Carta nº 13748483



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 15:00:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110915005324400000034771497>
Número do documento: 20110915005324400000034771497

Num. 36421949 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180593231 Vítima: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

Data do Acidente: 08/09/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização

abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =

R\$ 7.087,50

Recebedor: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 237

Agência: 000001594-6

Conta: 000000491704-9

Tipo: CONTA POUPANCA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAIMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	65457862887	Justino Teófilo de Sousa		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Justino Teófilo de Sousa	CPF:	65457862887	
Profissão:	Recuso	Endereço:	Rua João Ferreira de Andrade	Número: S/N Complemento:
Bairro:	Da Prefeitura	Cidade:	Santa Cruz	Estado: PB CEP: 58824000
E-mail:	vereadpvt@hotmail.com Tel.(DDD): (83) 9 9919-4307			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

1594

6

CONTA:

0491704

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário, não alfabetizado
Local e Data, Sousa/PB, 17/11/2018
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

18 DEZ. 2018



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 599/2018/DPVAT

Natureza da ocorrência - **SINISTRO DE TRANSITO**
Data do fato: 08.09.2018 HORÁRIO: 13H00 MIN.
Data de notícia do fato a Depol: 21.09.2018
PRESENTE O DEL. PÓL. PLANTONISTA



NOTIFICANTE: JOAO JUSTINO DE SOUSA, BRASILEIRO(A), NATURAL DE SANTA CRUZ/PB, CARPINTEIRO, SOLTEIRO, NASCIDO(A) EM 18.07.1958, FILHO DE FRANCISCO JUSTINO DE SOUSA E ANTONIA ALVES DE ANDRADE, RESIDENTE NA RUA JOAO FERREIRA DE ANDRADE, SN, SANTA CRUZ - PB. RG 13.707.153-X SSP/SP.

VÍTIMA: JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA BRASILEIRO(A), NATURAL DE SANTA CRUZ/PB, MOTORISTA, CASADO, NASCIDO(A) EM 24.10.1953, FILHO DE FRANCISCO JUSTINO DE SOUSA E ANTONIA ALVES DE ANDRADE, RESIDENTE NA RUA JOAO FERREIRA DE ANDRADE, SN, SANTA CRUZ - PB. RG 6.997.990-X SSP/SP.

HISTÓRICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE:** QUE no dia e horário acima descritos a vítima, **JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA**, ao conduzir o VÉICULO **HONDA NXR150 BROS ES, PLACA NQG6304/PB, ANO FAB/MOD 2011/2011, CHASSI 9C2KD0550BR004514, RENAVAM 00332576523 MATRICULADA EM NOME DE FRANCISCO ALVES DE SOUSA**, quando a vítima trafegava na rodovia PB-359, na altura do Sítio Timbaúba - zona Rural de Santa Cruz-PB, quando um outro veículo, não identificado, colidiu com a motocicleta da vítima, vindo a cair ao solo; QUE foi socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital Regional de Sousa; **QUE A VÍTIMA SOFREU AMPUTAÇÃO NA Perna ESQUERDA, E FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR, E VÁRIOS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO;** QUE diante dos fatos o notificante, procurador constituído, veio a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. 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, 21 de setembro de 2018.

X *Joao Justino de Souza*

<input type="checkbox"/> Notificante	<input type="checkbox"/> Testemunha Arrogada
Assinatura do Policial responsável pelo registro Elisangela N. Dantas Mat. 155.719-0	
<i>Elisangela N. Dantas Escrev. de Polícia Mat. 155 719-0</i>	
POLEGAR DIREITO	
18 DEZ. 2018	



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 65457862887	Nome completo da vítima: Justino Teófilo de Sousa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Justino Teófilo de Sousa	Profissão: Recuso	Endereço: Rua João Ferreira de Andrade	CPF: 65457862887
Bairro: Da Prefeitura	Cidade: Santa Cruz	Estado: PB	Número: S/N Complemento: -
E-mail: Verasdpvast@hotmail.com	CEP: 58824000		
Tel.(DDD): (83) 9 9919-4307			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 | |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1594**

CONTA: **0491704**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário, não alfabetizado
Local e Data, **Sousa/PB, 17/11/2018**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

18 DEZ. 2018



PREFEITURA DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE SOUSA



REGIONAL SOUSA

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 08/10/18	ID da Ocorrência 0034	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe USA 01	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base :	Hora de Chegada no Local Hs
Paciente / Usuário José no Yerzilo de Souza			Idade 65	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Telefone	
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input checked="" type="checkbox"/> Outro:			Bairro Centro	Médico Regulador Padre		
Logradouro						
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três: Apóio no local: <input type="checkbox"/> USB <input checked="" type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HRS Destino (Unidade Hospitalar)				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA		
Motivo:		

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

► CAUSAS EXTERNAS

- Acidente de Trânsito
 - Colisão carro x moto
 - Queda de moto
 - Atropelamento por:
 - Colisão carro x carro
 - Capotamento
 - Outro:
- F.A.F.
- F.A.B.
- Agressão Física
- Afogamento
- Queda - Altura aproximada:
- Soterramento / Desabamento
- Choque Elétrico
- Outro:

ANTECEDENTES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS | <input type="checkbox"/> Doença Mental |
| <input type="checkbox"/> Alcoolismo | <input type="checkbox"/> Doença Renal |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Drogas |
| <input type="checkbox"/> Convulsões | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores |
| <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios |
| <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa | <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo |

Quais?

1 - DADOS VITAIS
P.A.: **110x60** FC: **86** FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/O2: **92** SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro:

USA 01 encarregado para atender a UVS 014 que encontrou com paciente vítima de colisão envolvendo o motorista e o passageiro com fratura exposta à fricção (E) e luxação do pé (E), entre em um estado óptimal e já ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA (O), realizando avaliação médica e encaminhado ao HRS.

GAF - Gávea 05

18 DEZ. 2018

2 - VIA AÉREA
 Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema de glote Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
 Espontânea Assistida Ritmo irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
 Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:
 Crepitação Hemoptise Expectorado Enfisema subcutâneo Hálito Etílico

3 - CIRCULAÇÃO:
 Fria Ómida Palidez Quente Seca Normal

3.1 - EDEMAS:
 Não Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO
 Normal Retardada (<2seg) Ausente

3.3 - PULSO
 Regular Irregular Fino Cheio Ausente

3.4 - E.C.G.
 Normal Alterado Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO
ECGL: _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
 Abortamento Hemorragia vaginal Trabalho de parto Normal _____ semanas

Encontrado: Decúbito Dorsal Lateral Ventral Sentado Deambulando Outro: _____

Nível de Consciência: Consciente Orientado Inconsciente Algo Desorientado Desorientado Sonolento Agitado

PROCEDIMENTOS	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> -Talas / Tração
<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotáqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotáqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricotireidostomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input checked="" type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VÍTIMA

Não
 Sim
Objetos: _____

Entregues a / Local: _____ Assinatura com Carimbo do recebedor _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: *Suelio Moreira Torres* **MATRÍCULA:** _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ **COREN:** _____

ENFERMEIRO(A): *Suelio Moreira Torres* **COREN:** *115619*

MÉDICO(A): _____ **CRM:** _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOOME: _____ **RG. / CPF:** _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ **Observação:** _____

TESTEMUNHA: _____ **TESTEMUNHA:** _____

GBP - Cade 0627

18 DEZ. 2018



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01594-6

CONTA: 000000491704-9

Nr. Autenticação

BRADESCO15012019050000000002370159400000491704708750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 15:00:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110915005324400000034771497>
Número do documento: 20110915005324400000034771497

Num. 36421949 - Pág. 9

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Rolete para simples pagamento na nota fiscal/cupom de energia elétrica - Nº 016.994.969



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58075-680
CNPJ 09.095.183/0001-45 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

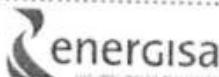
JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA
RUA JOAO FERREIRA DE ANDRADE S/N
SANTA CRUZ

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1555044-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2018	12/12/2018	11	19/12/2018	R\$ 18,44

Acesse: www.energisa.com.br



JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA
Roteiro: 07-193-750-2570
83690000000-8 18440054000-3 15550442018-5 12000193019-3

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
19/12/2018	R\$ 18,44	1555044-2018-12-0



18 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 15:00:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110915005324400000034771497>
Número do documento: 20110915005324400000034771497

Num. 36421949 - Pág. 10

JUVINA EVANGELISTA DUARTE
RUA JOSE FAGUNDES DE LIMA, 89 - GATO PRETO
SOUZA / PB CEP: 58300000 (AB: 177)

Emissão: 04/12/2018 Referência: Dez / 2018
Classe/Subclasse: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MÓveis

Roteiro: 1 - 177 + 10 + 1720 NIP: 00008800267

ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ: 09.500.000/0001-25 - Cadastramento: Juiz Fazenda PB - CEP: 58000-000

CPF: 099.099.000-14 - Inscrição Estadual: 16.015.121-0

Nota Fiscal / Ordem de Entrega Elétrica N° 014.061.549

Cód. para Débito Automático: 80309914220

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	04/12/2018	04/01/2019	892.613.164-00 Insc Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/696132-0

Canal de contato:

- Exercício da apresentação da Reserva a 2018 de 12 a 14 de dezembro de 2018.
Reservista, apresentando-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
05/11/18	86050	04/12/18	86078	1
Demonstrativo				
Cód. Descrição Quantidade Tarifa Vise Base (kWh) Vise Pico (kWh) Taxa Fixa (kWh) Outras (kWh) Tributos Total (kWh) ICMS (kWh) PIS/Cofins (kWh) IPI (kWh) ANEEL (%)				
0601 Consumo em kWh	1007.000	0.829810	862,01	852,01 26 213,00 392,01 9,24 42,56
0601 Adm. E. Amaria	12,84	0,00	12,84	12,84 0,13 0,84
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0607 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	44,23	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
0604 JUROS DE MORADA	10,02	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
0605 MULTA 10/2018	12,03	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
0606 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	8,89	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00

CCO Código de Classificação do item TOTAL 859,78 864,96 216,21 864,96 8,37 43,20
Media últimos meses (kWh)
809

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

11/12/2018 R\$ 939,76

Histórico de Consumo (kWh)

387 | 378 | 479 | 864 | 711 | 631 | 855 | 894 | 808 | 713 | 892 | 735
Dez/17 Jui/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

2519.c74f.73cc.5d33.9009.0f18.656f.1eb2

Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIAMENSAL	0,16	0,00
DICTRIMESTRAL	1,25	NOMINAL
DICHANAL	24,85	
FIAMENSAL	0,00	CONTRATADA
FICTRIMESTRAL	1,97	LIMITE INFERIOR
FICHANAL	1,95	LIMITE SUPERIOR
DMG	1,83	0,00
DCRI	1,22	

Composição do Consumo

Discriminado	Valor (R\$)	%
Bônus de Trifásico Energisa PB	111,49	22,5
Impostos e Encargos Fiscais	111,67	22,12
Impostos e Encargos Tributários	111,67	22,12
Encargos Serviços	111,67	22,12
Impostos Diretos e Encargos	111,67	22,12
Outros Serviços	111,67	22,12
Total	939,76	100,00

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso este faturamento seja rejeitado ou devolvido, o pagamento poderá ser suspenso a partir de 15/12/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após esse dia não evita a descontinuação do serviço suspenso. Portanto, caso o débito não seja confirmado, suas contas pagas não avalem na União como consumidor para comprovar uso. Caso seu débito seja rejeitado ou devolvido, a fatura não é mais reconhecida como essa transação. Perdas do Fornec. 2. VVH
Fatura sujeita à inclusão em todos os processos de crédito no caso da inadimplência.
Leitura confirmada

Faturas em atraso

Nov/18 713,22

energisa PARAÍBA

Roteiro: 1 - 177 + 10 + 1720
Matrícula: 086132-2018-12-5

83610000009-7 39760054000-9 06961322018-0 12500177019-2



18 DEZ. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,

RG nº 2001097006008 data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CE,

CPF nº 973.419.833-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>José Facundes de Lira</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>— 1 —</u>
Bairro	<u>Gato Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9 8181-8197 / (83) 9 9919-4307</u>
E-mail	<u>verasdpv@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa-PB, 25/09/2018

Assinatura do Declarante: 

DOCUMENTO ORIGINAL

18 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 15:00:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110915005324400000034771497>
Número do documento: 20110915005324400000034771497

Num. 36421949 - Pág. 12



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Veras Pinhão inscrito (a) no CPF sob o Nº 973.419.833-53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Justino Teófilo de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 654.578.628-87, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Justino Teófilo de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 654.578.628-87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua José Paundes de Lira</u>		<u>51N</u>	
<u>Gato Preto</u>	<u>Sousa</u>	<u>PB</u>	<u>58800000</u>
<u>Verasdpvap@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 9.8181-8197</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9.9919-4307</u>

Sousa-PB, 17 de Dezembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Alves de Sousa,

RG nº 1.384.455, data de expedição 17/01/11,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 727.381.544-68, com
domicílio na cidade de São Francisco, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Antônio Xavier, nº 51N,
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Justino Teófilo de Sousa, cujo o condutor era
Justino Teófilo de Sousa.

Veículo: Honda/NXR150 Bros ES

Modelo: 2011

Ano: 2011

Placa: NQG6304

Chassi: 9C2KD0550RR004514

Data do Acidente: 06/09/2018

Local e Data: Sousa/PB 17/12/2018

Francisco Alves de Sousa:
Assinatura do Declarante

Justino Teófilo de Sousa

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.)

SERVIÇO NOTARIAL E CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL.	
Tv. Antônio Xavier da Costa 10 - São Francisco-PB	
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: <u>Francisco Alves de Sousa</u>	
Em test. da Verdade, São Francisco - PB <u>24/09/2018</u> Francisco Freitas da Silveira - Escrivão Substituto	
SELO DIGITAL: <u>AH033591-AGLN</u>	
Confira a autenticidade em: http://selodigital.tjpb.jus.br	
Francisco Freitas da Silveira Escrivão Substituto	

18 DEZ. 2018





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 15:00:54
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011091500532440000034771497>
Número do documento: 2011091500532440000034771497

Nº 36421949 - Pág. 15

ESTADO DA PARAÍBA		CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:	
SECRETARIA DE SAÚDE		NATUREZA DA CONSULTA	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		CONSULTA BÁSICA (PAB):	
		CONSULTA ESPECIALIZADA:	
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS): CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476CP JICPF: 08.778.267/0027-08 NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES ENDERECO: RUA JOSÉ FAGUNDO DE LIRA B. GATO PRETO N° 433 CPE: 58.802-180.		PROCEDIMENTO	
ESTADO: PARAÍBA/UFPB MUNICÍPIO: SOUSA		TIPO DE ATENDIMENTO:	
PACIENTE: Sustina Taufik da Costa SUS: 402.607.234-691 IDADE: 64 SEXO: M RACA: _____		<input type="checkbox"/> 01- ATENDIMENTO DE URGENCIA / EMERG. <input type="checkbox"/> 02- PRIMEIRA CONSULTA. (ELETTIVA) <input type="checkbox"/> 03- CONSULTA SUBSEQUENTE; (ELETTIVA) <input type="checkbox"/> 04- ATENDIMENTO DE URGENCIA (EMERGÊNCIA) COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> 05- VACINAÇÃO DE ROTINA <input type="checkbox"/> 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (URTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES); <input type="checkbox"/> 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA; <input type="checkbox"/> 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;	
DATA DO ATENDIMENTO: 08/09/2005 COD. MUNICIPIO: _____ CONTATO (): _____ Mãe _____		ENCAMINHAMENTO	
Acompanhante:		<input type="checkbox"/> MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> PRESCRIT. <input type="checkbox"/> SERV. INTERN. <input type="checkbox"/> IDÊNCIA INTERN. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> APlicada <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> BITO <input type="checkbox"/> OUTROS	
ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO: Já está chegando pelo Samu, após colisão entre ônibus e carro na trapezeta. A: Vizos sérios, pressões y reflexos. Uvula desviada B: Boa deposição gástrica. Habilidades C: Satisfação de dor e satisfação segura E: MIE. D: Chegará 15 pessoas inservíveis; E: menor lesão com a coroa colabocada;		<input type="checkbox"/> SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO PROCEDIMENTO/CBO IDADE 01- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 02- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 04- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 05- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 06- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 07- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 08- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 09- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 17- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 18- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 19- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 21- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 22- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 23- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 24- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 25- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 26- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 27- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 28- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 29- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 31- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 32- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 33- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 34- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 35- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 36- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 37- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 38- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 39- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 40- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 41- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 42- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 43- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 44- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 45- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 46- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 47- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 48- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 49- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 50- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 51- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 52- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 53- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 54- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 55- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 56- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 57- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 58- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 59- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 60- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 61- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 62- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 63- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 64- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 65- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 66- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 67- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 68- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 69- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 70- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 71- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 72- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 73- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 74- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 75- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 76- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 77- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 78- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 79- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 80- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 81- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 82- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 83- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 84- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 85- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 86- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 87- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 88- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 89- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 90- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 91- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 92- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 93- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 94- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 95- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 96- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 97- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 98- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 100- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 101- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 102- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 103- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 104- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 105- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 106- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 107- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 108- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 109- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 110- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 111- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 112- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 113- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 114- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 115- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 116- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 117- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 118- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 119- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 120- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 121- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 122- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 123- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 124- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 125- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 126- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 127- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 128- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 129- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 130- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 131- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 132- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 133- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 134- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 135- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 136- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 137- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 138- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 139- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 140- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 141- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 142- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 143- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 144- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 145- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 146- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 147- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 148- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 149- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 150- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 151- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 152- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 153- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 154- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 155- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 156- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 157- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 158- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 159- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 160- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 161- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 162- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 163- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 164- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 165- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 166- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 167- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 168- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 169- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 170- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 171- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 172- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 173- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 174- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 175- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 176- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 177- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 178- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 179- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 180- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 181- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 182- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 183- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 184- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 185- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 186- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 187- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 188- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 189- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 190- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 191- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 192- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 193- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 194- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 195- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 196- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 197- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 198- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 199- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 200- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 201- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 202- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 203- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 204- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 205- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 206- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 207- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 208- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 209- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 210- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 211- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 212- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 213- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 214- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 215- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 216- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 217- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 218- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 219- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 220- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 221- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 222- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 223- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 224- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 225- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 226- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 227- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 228- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 229- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 230- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 231- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 232- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 233- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 234- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 235- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 236- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 237- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 238- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 239- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 240- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 241- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 242- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 243- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 244- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 245- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 246- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 247- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 248- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 249- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 250- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 251- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 252- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 253- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 254- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 255- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 256- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 257- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 258- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 259- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 260- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 261- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 262- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 263- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 264- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 265- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 266- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 267- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 268- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 269- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 270- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 271- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 272- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 273- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 274- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 275- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 276- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 277- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 278- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 279- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 280- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 281- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 282- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 283- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 284- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 285- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 286- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 287- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 288- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 289- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 290- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 291- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 292- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 293- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 294- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 295- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 296- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 297- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 298- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 299- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 300- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 301- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 302- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 303- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 304- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 305- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 306- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 307- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 308- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 309- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 310- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 311- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 312- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 313- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 314- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 315- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 316- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 317- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 318- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 319- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 320- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 321- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 322- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 323- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 324- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 325- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 326- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 327- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 328- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 329- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 330- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 331- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 332- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 333- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 334- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 335- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 336- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 337- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 338- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 339- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 340- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 341- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 342- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 343- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 344- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 345- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 346- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 347- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 348- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 349- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 350- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 351- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 352- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 353- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 354- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 355- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 356- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 357- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 358- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 359- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 360- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 361- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 362- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 363- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 364- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 365- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 366- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 367- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 368- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 369- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 370- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 371- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 372- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 373- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 374- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 375- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 376- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 377- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 378- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 379- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 380- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 381- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 382- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 383- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 384- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 385- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 386- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 387- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 388- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 389- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 390- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 391- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 392- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 393- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 394- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 395- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 396- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 397- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 398- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 399- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 400- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 401- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 402- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 403- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 404- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 405- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 406- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 407- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 408- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 409- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 410- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 411- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 412- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 413- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 414- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 415- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 416- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 417- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 418- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 419- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 420- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 421- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 422- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 423- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 424- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 425- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 426- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 427- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 428- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 429- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 430- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 431- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 432- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 433- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 434- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 435- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 436- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 437- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 438- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 439- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 440- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 441- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 442- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 443- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 444- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 445- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 446- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 447- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 448- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 449- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 450- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 451- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 452- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 453- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 454- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 455- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 456- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 457- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 458- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 459- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 460- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 461- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 462- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 463- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 464- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 465- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 466- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 467- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 468- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 469- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 470- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 471- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 472- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 473- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 474- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 475- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 476- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 477- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 478- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 479- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 480- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 481- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 482- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 483- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 484- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 485- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 486- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 487- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 488- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 489- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 490- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 491- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 492- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 493- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 494- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 495- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 496- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 497- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 498- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 499- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 500- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 501- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 502- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 503- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 504- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 505- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 506- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 507- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 508- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 509- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 510- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 511- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 512- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 513- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 514- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 515- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 516- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 517- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 518- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 519- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 520- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 521- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 522- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 523- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 524- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 525- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 526- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 527- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 528- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 529- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 530- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 531- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 532- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 533- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 534- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 535- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 536- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 537- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 538- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 539- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 540- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 541- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 542- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 543- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 544- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 545- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 546- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 547- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 548- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 549- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 550- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 551- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 552- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 553- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 554- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 555- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 556- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 557- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 558- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 559- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 560- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 561- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 562- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 563- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 564- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 565- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 566- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 567- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 568- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 569- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 570- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 571- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 572- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <br	

18 DEZ. 2018



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA
DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES



MAT.: 330.895

Nome: Fustino Teófilo de Sousa Bloco: _____ Apt.º: _____ Leito: _____
D.N.: 29/10/1963 Est. Covit: Casado D.O.B.: Francisco Alves de Sousa
Rua: João Ferreira Andrade Cidade: Santa Cruz Est.: PB
Médico Assistente: Dr George Clínica: Medice
Data da Internação: 08/09/2018 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Possui 70m de altura de mola com

História da Doença Atual: Oniparava farto e ao nível do

- Perna E com dor pectoral ao

nível do joelho E com dor do

EXAME FÍSICO: Correto lateral do joelho E com

Percussão + pectoral fm. Cúrcio Calafato e

gástrica fm. Tj. Dolor.

DIAGNÓSTICO:

Pelvialgia

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

18 DEZ. 2018

Ts. Caio Kennedy Dantas Rocha
Assento: 10/12/2020 | Consulta: 04/2020
E-mail: tpb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110915005324400000034771497





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ- PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - SAMU

Santa Cruz, 14 de Setembro de 2018.

Ao Sr. (a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 13 de Setembro de 2018, passa a informar o que segue:

Nº da ocorrência: 0024

Vítima: Justino Teófilo de Sousa

Sexo: Masculino

Data: 08/09/2018

Local da Ocorrência: Sítio Timbaúba – PB-359.

Médico Intervencionista: Drº Rodrigo

Enfermeiro: Isabel Ferreira Neta

Téc. de Enfermagem: Jéssica Maria de Lima

Condutor: Allisson Nascimento

Viatura: USB – 14

Natureza da Ocorrência: Equipe acionada para atendimento à vítima de colisão moto x carro. Ao chegarmos no local, o paciente encontrava-se em decúbito lateral, apresentando corte contuso em região parietal, fratura exposta em joelho esquerdo, hematoma na região periorbital, pé esquerdo lacerado com comprometimento vascular e escoriações em várias regiões do corpo. Realizado a imobilização conforme protocolo de APH, instalado O² com máscara de venturi a 50%, 02 acessos venosos calibrosos, sendo solicitado apoio da USA para fazer a intercepção para conduzir ao Hospital Regional de Sousa.


Vanessa Kelly Amaral Duarte
Coordenadora Administrativa

18 DEZ. 2018



Respiração:	<input type="checkbox"/> O ₂ l/min	<input type="checkbox"/> TOT	<input type="checkbox"/> VMA	<input type="checkbox"/> Máscara de Venturi	
FR: irpm	<input type="checkbox"/> Catéter nasal	<input type="checkbox"/> TQT	<input type="checkbox"/> VNI	<input type="checkbox"/> O ₂ Ambiente	
Expansibilidade Torácica Preservada:		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local:	
Dreno Torácico:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local:	Débito: ml	
Murmúrios vesiculares:	<input type="checkbox"/> Presentes		<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuídos	
Ruídos Adventícios:	<input type="checkbox"/> Roncos		<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Estertores	
Tosse:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Produtiva – Aspecto:	
Ritmo Cardíaco:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Taquicárdico		<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Arritmia
FC: bpm	PA: x mmHg	PCV: cmH ₂ O			
Droga Vasoativa:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual?		
Acesso Venoso:	<input type="checkbox"/> Periférico		<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Dissecção	
Abdome:	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Ascítico	
	<input type="checkbox"/> Doloroso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Incisão Cirúrgica	
<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> Gavagem	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Aberta- aspecto	
Ruídos Hidroáreos:	<input type="checkbox"/> Presentes		<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Diminuídos	
Ostomias:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local:	Débito: ml	
Drenos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual?	Local:	Débito: ml
Evacuações:	<input type="checkbox"/> Presentes		<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Diarreia
Diurese:	<input type="checkbox"/> Espontânea		<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> SVA	<input type="checkbox"/> Cistostomia
Aspecto:	<input type="checkbox"/> Colúrica	<input type="checkbox"/> Límpida	<input type="checkbox"/> Hemática	<input type="checkbox"/> Piúria	<input type="checkbox"/> Concentrada
Volume:	<input type="checkbox"/> Anúrico	<input type="checkbox"/> Polaciúrico	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Satisfatório
Função	<input type="checkbox"/> Preservada		<input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> Tetraplegia	
Locomotora:	<input type="checkbox"/> Hemiplegia		<input type="checkbox"/> Parestesia	<input type="checkbox"/> Paresia	
MMSS e	<input type="checkbox"/> Amputação		<input type="checkbox"/> Varizes	<input type="checkbox"/> Fraturas	
MMII	<input type="checkbox"/> Fístulas		<input type="checkbox"/> Trações	<input type="checkbox"/> Edema	

IMPRESSÕES DO ENFERMEIRO(A): Paciente admitido neste setor procedente do bloco cirúrgico com PO de tetraúrtano, consciente orientado em O₂ ambiente batendo normal. Pausas respiratórias sem gelo, teve ótimo desempenho no polítraque, teve amputação troncular ao nível da metade T12 E, medicação oral mantida.

Paciente Moreira de Oliveira
Enfermeiro
COREN: 208291

ADMISSÃO DO TÉC. DE ENFERMAGEM:	<p>Paciente procedente do bloco cirúrgico o mesmo é paciente politraumatizado com amputação de membro inferior esquerdo seguindo evolução estável, e verbalizando e cooperativo e se presta auxílio.</p>	
---------------------------------	--	--

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____

TÉC. DE ENFERMAGEM: _____ COREN: 208291

18 DEZ. 2018



PACIENTE: JUSTINO TEOFILIO DE SOUSA

Nº.: 88134

REQUISITANTE: JOSÉ AUGUSTO BRAGA ROLIM

DATA: 10/09/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado no plano axial, com cortes de 4,0mm de espessura na fossa posterior, e 6,0mm de espessura na região supratentorial, sem utilização do produto de contraste endovenoso, por solicitação do médico assistente.

RELATÓRIO:

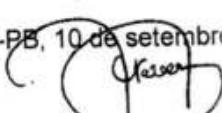
1. Parênquima encefálico apresenta morfologia e coeficiente de atenuação normal.
2. Aspecto anatômico dos sulcos entre os giros corticais, fissuras Sylvianas e cisternas da base.
3. Sistema ventricular apresenta morfologia, dimensões e coeficiente de atenuação normais.
4. Ausência de coleções extra-axiais.
5. Não há evidência de desvio da linha média.
6. Ausência de calcificações patológicas.
7. Material com atenuação de líquido espesso ou partes moles preenchendo parcialmente as células etmoidais e seio esfenoidal.
8. Aumento de partes moles na região temporoparietal esquerda, com enfisema subcutâneo regional.

Conclusão:

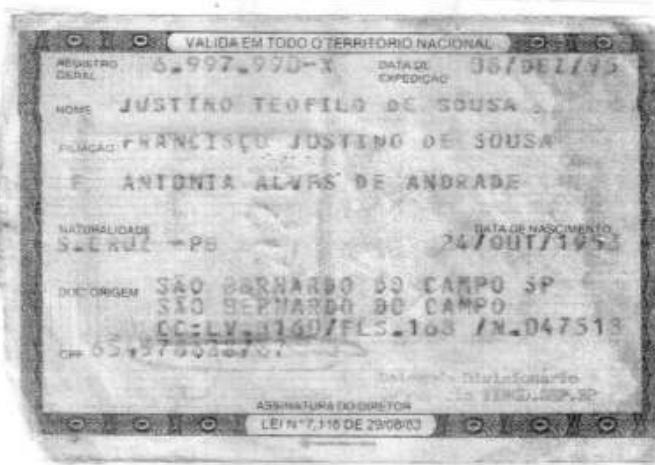
- Edema/hematoma subgaleal temporoparietal esquerdo.
- Hemossinus ou sinusopatia.

18 DEZ. 2018

SOUSA-PB, 10 de setembro de 2018


Dr(a). MARCELLI GARTAXO NEVES
Medico(a) Radiologista
CRM N° 6089



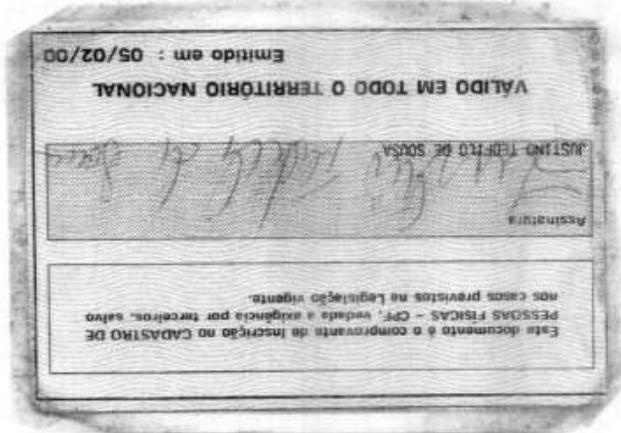


18 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 15:00:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110915005324400000034771497>
Número do documento: 20110915005324400000034771497

Num. 36421949 - Pág. 21



18 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 15:00:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110915005324400000034771497>
Número do documento: 20110915005324400000034771497

Num. 36421949 - Pág. 22



18 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 15:00:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110915005324400000034771497>
Número do documento: 20110915005324400000034771497

Num. 36421949 - Pág. 23

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180593231 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com hematoma subgaleal à esquerda. Fratura exposta dos ossos da perna esquerda com lesões vasculares múltiplas e de partes moles.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame, vítima apresenta coto de amputação transtibial do membro inferior esquerdo, com retração cicatricial. Atrofia muscular ao nível do referido coto, deambulando com dificuldades com auxílio de muletas. Cicatrizes de suturas ao nível do couro cabeludo temporal esquerdo, sem sequelas neurológicas.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, suturas em couro cabeludo e amputação do membro inferior esquerdo ao nível do terço proximal da tibia esquerda.

Sequelas permanentes: Amputação do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180593231**

Nome do(a) Examinado(a): **JUSTINO TEOFILO DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOAO FERREIRA DE ANDRADE, S/N - CENTRO - Santa Cruz - PB - CEP 58824-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SP**] **6997990-X**

Data e local do acidente: [**08/09/2018**] **Santa Cruz pb**

Data e local do exame: [**27/12/2018**] **Caicó** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Traumatismo craniano com hematoma subgaleal à esquerda. Fratura exposta dos ossos da perna esquerda com lesões vasculares múltiplas e de partes moles.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima apresenta coto de amputação transtibial do membro inferior esquerdo, com retração cicatricial. Atrofia muscular ao nível do referido coto, deambulando com dificuldades com auxílio de muletas. Cicatrizes de suturas ao nível do couro cabeludo temporal esquerdo, sem sequelas neurológicas.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, suturas em couro cabeludo e amputação do membro inferior esquerdo ao nível do terço proximal da tibia esquerda.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Ampuração do membro inferior esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Francisco Jares de Queiroz Silva - CRM: 2245 - RN



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180593231 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA NO MEMBRO INFERIOR AO NÍVEL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180593231 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA NO MEMBRO INFERIOR AO NÍVEL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total		52,5 %	R\$ 7.087,50	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 15:00:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110915005324400000034771497>
Número do documento: 20110915005324400000034771497

Num. 36421949 - Pág. 28

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180593231 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com hematoma subgaleal à esquerda. Fratura exposta dos ossos da perna esquerda com lesões vasculares múltiplas e de partes moles.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame, vítima apresenta coto de amputação transtibial do membro inferior esquerdo, com retração cicatricial. Atrofia muscular ao nível do referido coto, deambulando com dificuldades com auxílio de muletas. Cicatrizes de suturas ao nível do couro cabeludo temporal esquerdo, sem sequelas neurológicas.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico, suturas em couro cabeludo e amputação do membro inferior esquerdo ao nível do terço proximal da tibia esquerda.

Sequelas permanentes: Amputação do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Justino Teófilo de Sousa
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado
Identidade: 69994990
CPF: 65457862882
Profissão: Revisor
Endereço: Rua Joaquim Ferreira de Oliveira
Santa Cruz / PR

OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 2001097006008
CPF: 973.419.833-53
Profissão: EMPRESARIO
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, GATO PRETO, SOUSA/PB.



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT

para a vítima

Justino Teófilo de Sousa

Sousa/PB, 17/12/2018

Local e data

Justino Teófilo de Sousa

Assinatura do Outorgante

18 DEZ. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454842/18

Vítima: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

CPF: 654.578.628-87

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 08/09/2018

Titular do CPF: JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO : 973.419.833-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JUSTINO TEOFILO DE SOUSA : 654.578.628-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/12/2018
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
CPF: 973.419.833-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 15:00:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110915005324400000034771497>
Número do documento: 20110915005324400000034771497

Num. 36421949 - Pág. 31



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOUSA/PB

Processo: 08024342520198150371

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JUSTINO TEOFILO DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 15:00:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110915005419100000034771499>
Número do documento: 20110915005419100000034771499

Num. 36421951 - Pág. 1

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelênci, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOUSA, 5 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 15:00:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110915005419100000034771499>
Número do documento: 20110915005419100000034771499

Num. 36421951 - Pág. 2