



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 TEOFILO 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	<a href="#">Petição</a>	Petição
36421 949	09/11/2020 15:00	<a href="#">2660387_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
36421 951	09/11/2020 15:00	<a href="#">2660387_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 TEOFILO DE SOUSA

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUSTINO TEOFILO 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

Carta nº 13742680





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 TEOFILO 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

00050302



Carta nº 13748483





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações 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 POUPANÇA**

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 - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne 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](http://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: 654 578.628-87 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 CPF: 654578628-87  
Profissão: Recuso Endereço: Rua João Ferreira de Andrade Número: S/N Complemento: -  
Bairro: Da Prefeitura Cidade: Santa Cruz Estado: PB CEP: 58824000  
E-mail: verasdpvat@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).

### RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ 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)

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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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: \_\_\_\_\_ 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, 17/12/2018

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário declarante

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 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. POL. 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 TEOFILO 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.

**HISTORICO 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 TEOFILO DE SOUSA, ao conduzir o VÉICULO HONDA NXR150 BROS ES, PLACA NQC6304/PB, ANO FAB/MOD 2011/2011, CHASSI 9C2KD0550BR004514, RENAVAL 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 DESTES FATOS VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CÍVIS. Seguindo 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 João Justino de Sousa

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
Elisângela N. Dantas

Mat. 155.719-0

Elisângela N. Dantas  
Escrivã de Polícia  
Mat. 155.719-0

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: 654 578.628-87 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 CPF: 654578628-87  
Profissão: Recuso Endereço: Rua João Ferreira de Andrade Número: S/N Complemento: -  
Bairro: Da Prefeitura Cidade: Santa Cruz Estado: PB CEP: 58824000  
E-mail: verasdpvat@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).

### RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ 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)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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: \_\_\_\_\_ 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, 17/12/2018

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário declarante

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 08/09/18	ID da Ocorrência 0024	<input type="checkbox"/> USB <input checked="" 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 : Hs	Hora de Chegada no Local : Hs
Paciente / Usuário Justinio Yeopilo de Sousa				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: Santa Cruz				Médico Regulador Pedro		
Logradouro				Bairro		
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:						
Apoio 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						
Destino (Unidade Hospitalar) HRS				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO  
Motivo: ☒ TRAUMA

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:

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

ANTECEDENTES

☐ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ AVC

☐ Convulsões

☐ Diabetes

☐ Doença Cardíaca

☐ Doença Infecto-contagiosa

☐ Doença Mental

☐ Doença Renal

☐ Droga

☐ Hipertensão Arterial

☐ Internamentos Anteriores

☐ Problemas Respiratórios

☐ Medicamentos de uso Contínuo

Quais?

1 - DADOS VITAIS

P.A.: 110 x 60

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 Respondeu para o opm a 02.5.014 que mencionou com presente vítima de colisão carro x moto o mesmo mencionou-se com fratura exposta de fêmur (E) e fratura de pé (E), entre em um resgate occipital (E) e foi ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA (E), realizando avaliação médica e encaminhado ao HRS.

GBF - C060 01

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

**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 ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilíco

**3 - CIRCULAÇÃO:**  
☐ Fria ☐ Úmida ☒ 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

---

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<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 type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input checked="" type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input checked="" type="checkbox"/> Curativo	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

---

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

---

**PETENCES DA VÍTIMA**  
☐ Não  
☐ Sim  
 Objetos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

---

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_ Assinatura com Carimbo do receptor

---

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR:** Suelio Moreira **MATRÍCULA:** \_\_\_\_\_  
**TEC. ENFERMAGEM:** \_\_\_\_\_ **CORÉN:** \_\_\_\_\_  
**ENFERMEIRO(A):** Alana Antunes J. da Silva **COREN:** 315619  
**MÉDICO(A):** \_\_\_\_\_ **CRM:** \_\_\_\_\_

---

**Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente -** ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento  
**NOME:** \_\_\_\_\_ **RG. / CPF:** \_\_\_\_\_  
**ASSINATURA (RUBRICA):** \_\_\_\_\_ **Observação:** \_\_\_\_\_  
**TESTEMUNHA:** \_\_\_\_\_ **TESTEMUNHA:** \_\_\_\_\_

GEF - CADR 0537

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 TEOFILLO DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01594-6

CONTA: 000000491704-9

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1501201905000000000023701594000000491704708750 PAGO



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Relevo para simplificar pagamento da nota fiscal de energia elétrica. Nº 016.994.969



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58075-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1555044-5

### REFERÊNCIA

DEZ/2018

### APRESENTAÇÃO

12/12/2018

### CONSUMO

11

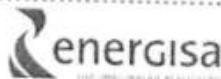
### VENCIMENTO

19/12/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 18,44

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

JUSTINO TEOFILO DE SOUSA

Roteiro: 07-193-750-2570

83690000000-8 18440054000-3 15550442018-5 12000193019-3

### VENCIMENTO

19/12/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 18,44

### MATRÍCULA

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

JUVINA EVANGELISTA DUARTE  
RUA JOSE FAGUNDES DE LIMA, S/N - GATO PRETO,  
SOUSA / PB CEP: 58300003 (AO: 177)  
Emissão: 04/12/2018 Referência: Dez/2018  
Classificação: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MONITORIA  
Roteiro: 1-177-10-1720 Nº medidor: 10008060261



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ nº 095.103.0001-40 Insc. Est. 150.051.032-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica nº 016.469.549  
Cód. para Gê. Automático: 0000001720

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI  
Dez / 2018 04/12/2018 04/01/2019 002.613.164-08  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/696132-0

Canal de contato

- Exercício da suspensão de Reserva 2018 de 10 a 14 de  
Dezembro de 2018.  
Reservada, no presente, na sua Organização Mixta

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 05/11/18	Leitura 85050	Data 04/12/18	Leitura 86078	
				1027 29
Demonstrativo				
CC - Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Ant. (R\$)	Valor Base Calc. Atual (R\$)
0601 Consumo em kWh	1027,000	0,829810	852,01	852,01
0601 Adc. B. Amarela	12,84	12,84	2,21	12,84
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0607 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	44,23	0,00	0,00	0,00
0604 JUROS DEMORA 10/2018	10,02	0,00	0,00	0,00
0605 MULTA 10/2018	12,03	0,00	0,00	0,00
0606 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	8,89	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 859,76 864,96 216,21 864,96 9,37 49,20

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

859 11/12/2018 R\$ 939,76

Histórico de Consumo (kWh)

307 | 318 | 415 | 864 | 711 | 831 | 855 | 894 | 903 | 713 | 892 | 735  
Dez/17 Jan/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.5d33.9009.0f18.856f.1eb2

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL DISTRIBUIDORA	0,00	NOMINAL
DIMENSIONAL DISTRIBUIDORA	0,00	CONTRATADA
DIMENSIONAL DISTRIBUIDORA	0,00	LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia Elétrica	11,49	1,22
Consumo de Energia	852,01	90,78
Serviço de Transmissão	40,26	4,28
Serviço de Distribuição	24,00	2,56
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	939,76	100,00

ATENÇÃO

- REATIVAÇÃO DE VENCIMENTO: Caso as faturas não sejam relacionadas ao período em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 15/12/2018. Concorde a Resolução 474 da ANEEL. O pagamento após este dia não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento. Caso o mesmo não seja concluído, a suspensão do fornecimento não será em nome do consumidor, mas da concessionária. O consumidor deverá efetuar o pagamento das faturas não relacionadas a essa transação.  
- Perda do Roteiro: 1-177-10-1720  
- Fatura sujeita à inclusão em processo de proteção ao crédito no caso de inadimplência.  
- Letura confirmada

Faturas em atraso

Nov/18 713,22

ENERGISA PARAIBA

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Roteiro: 1-177-10-1720  
Matrícula: 696132-2018-12-5

11/12/2018

R\$ 939,76

83610000009-7 39760054000-9 08961322018-0 12500177019-2



18 DEZ. 2018



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,

RG nº 2001094006008 data de expedição 03/10/13, Órgão SSP/DS/CE,

CPF nº 933.419.833-53, 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>Jose Paçundes 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>verasdpvat@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante:



### DOCUMENTO ORIGINAL

18 DEZ. 2018



**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Veras Pinheiro 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 invalida 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 <u>Rua José Paes de Lira</u>		Número <u>511</u>	Complemento _____
Bairro <u>Gato Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58800000</u>
Email <u>Verasdpvrat@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]  
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 Antonio Xavier, nº S/N,  
complemento — / —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado 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: 9C2K D0550R004514  
Data do Acidente: 09/09/2018  
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 )

<b>SERVIÇO NOTARIAL E CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL</b> 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>AF033551-AGLN</u>
	Confira a autenticidade em <u>https://selodigital.tjpb.jus.br</u> Francisco Freitas da Silveira Escrivão Substituto

18 DEZ. 2018







<b>ESTADO DA PARAIBA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE</b> <b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>		<b>CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:</b> NATUREZA DA CONSULTA CONSULTA BÁSICA (PAB): CONSULTA ESPECIALIZADA:	
<b>UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):</b> CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476CRPJCPF: 08.778.267/0027-08 NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA B: GATO PRETO Nº 433 CPE: 58.802.180. MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBAUF:PB		PROCEDIMENTO	
PACIENTE: Justino Roberto de Sousa SUS: 702.10072346691 IDADE: 64 SEXO: M RAÇA: DATA NASC: 24/10/1953 PROFISSÃO: ENDEREÇO: Rua José Facundo de Lira B: Gato Preto nº 433 BAIRRO: Várzea MUNICÍPIO: Santa Cruz ESTADO: PB CEP: 58.824.000 DOCUMENTO: DATA DO ATENDIMENTO: 08/09/2018 COD. MUNICÍPIO: CONTATO ( ) Mãe		TIPO DE ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG <input type="checkbox"/> 02- PRIMEIRA CONSULTA; (ELETIVA) <input type="checkbox"/> 03- CONSULTA SUBSEQUENTE; (ELETIVA) <input type="checkbox"/> 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EMERGENÇA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> 05- VACINAÇÃO DE ROTINA <input type="checkbox"/> 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO 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	
Acompanhante: Anamnese de Exame Físico Sumário: Doente trazido pelo SAM após colar vital normal, sem queixas. A: Vias aéreas normais, sem ruídos. 4/4 com normal B: Boa resposta à insuflação torácica. Não há C: Sem sinais de congestão pulmonar, sem sinais de MTE. D: Glândulas 15, papilas ínvulas E: dentes todos entre a linha labial inferior Baixar peso e MTE (aprox. 100g) e guarnição EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPO: Exames de urina e sangue. Resultado estável. Dr. H. Oliveira MÉDICO 16.683 CREMEPE 26.020		MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> 01- PRESCRITO <input type="checkbox"/> SERVAÇÃO <input type="checkbox"/> IDÊNCIA INTERNO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 02- APLICADA <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> BITO <input type="checkbox"/> OUTROS ENCAMINHAMENTO SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO IDADE _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Recepcionista:	
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS		ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)	
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____		ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL POLEGAR DIREITO Ass. do Revisor Técnico - Carimbo Ass. do Revisor ANEXO 15/2018/15/2018	

18 DEZ. 2018



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



MAT.: 130.895

Nome: Justino Teófilo de Sousa Bloco: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
D.N.: 24/10/1963 Est. Civil: casado Desp.: Francisco Alves de Sousa  
Rua: João Ferreira Andrade Cidade: Santa Cruz Est.: PB  
Médico Assistente: Dr. George Clínica: União  
Data da Internação: 08/09/2018 Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Paciente vítima de acidente de moto com

História da Doença Atual:

ampliação hemodinâmica no nível do

-Perna E com edema físico no

nível do joelho E com dor do

EXAME FÍSICO:

Cordeiro lateral do joelho E com

Pele seca + físico em Curso calculado e

físico em P. Dist.

DIAGNÓSTICO:

Politraumático

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

18 DEZ. 2018

Dr. George Kennedy Dantas Rocha  
Médico Assistente (Cirurgia de Emergência)  
CRM-PB: 2019 - RQE: 6745





**HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP: MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES**

## PREScrição Médica

Nome: 710600272090 Idade: 06 Cor: 06 Enfermaria: 06 Leito: 06 Categoria: 06

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
24/04	<p>1) 1 comprimido de Paracetamol 500mg a cada 6 horas, sem ultrapassar 4g por dia.</p> <p>2) 1 comprimido de Ibuprofeno 400mg a cada 8 horas, sem ultrapassar 1200mg por dia.</p> <p>3) 1 comprimido de Clonazepam 0,5mg a cada 12 horas.</p> <p>4) 1 comprimido de Lorazepam 1mg a cada 12 horas.</p> <p>5) 1 comprimido de Alprazolam 0,5mg a cada 12 horas.</p> <p>6) 1 comprimido de Zolpidem 12,5mg a cada 12 horas.</p> <p>7) 1 comprimido de Zolpidem 12,5mg a cada 12 horas.</p>	<p>1h 30m</p> <p>1h 30m</p> <p>1h 30m</p> <p>1h 30m</p> <p>1h 30m</p> <p>1h 30m</p> <p>1h 30m</p>	<p>Atendimento realizado em 24/04/2024, às 14h00. Paciente em acompanhamento regular, sem alterações significativas. Prescrição de medicamentos para controle da dor e ansiedade. Acompanhamento em 07 dias.</p>
25/04	<p>1) 1 comprimido de Paracetamol 500mg a cada 6 horas, sem ultrapassar 4g por dia.</p> <p>2) 1 comprimido de Ibuprofeno 400mg a cada 8 horas, sem ultrapassar 1200mg por dia.</p> <p>3) 1 comprimido de Clonazepam 0,5mg a cada 12 horas.</p> <p>4) 1 comprimido de Lorazepam 1mg a cada 12 horas.</p> <p>5) 1 comprimido de Alprazolam 0,5mg a cada 12 horas.</p> <p>6) 1 comprimido de Zolpidem 12,5mg a cada 12 horas.</p> <p>7) 1 comprimido de Zolpidem 12,5mg a cada 12 horas.</p>	<p>1h 30m</p> <p>1h 30m</p> <p>1h 30m</p> <p>1h 30m</p> <p>1h 30m</p> <p>1h 30m</p> <p>1h 30m</p>	<p>Atendimento realizado em 25/04/2024, às 14h00. Paciente em acompanhamento regular, sem alterações significativas. Prescrição de medicamentos para controle da dor e ansiedade. Acompanhamento em 07 dias.</p>

*Public Works Review - Public*

18 DEZ. 2018





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

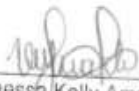
**Enfermeiro:** Isabel Ferreira Neta

**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 O<sup>2</sup> 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

COREN PB: 306.870

18 DEZ. 2018



Respiração:	<input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> L/min	<input type="checkbox"/> TOT	<input type="checkbox"/> VMA	<input type="checkbox"/> Máscara de Venturi
FR:	<input type="checkbox"/> irpm	<input type="checkbox"/> Catéter nasal	<input type="checkbox"/> TQT	<input type="checkbox"/> VNI
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 <sub>2</sub> 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 Hidroaéreos:	<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"/> Colúria	<input type="checkbox"/> Límpida	<input type="checkbox"/> Hemática	<input type="checkbox"/> Piúria
Volume:	<input type="checkbox"/> Anúrico	<input type="checkbox"/> Polaciúrico	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Oligúria
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 por paciente do bloco cirúrgico em PO de politrauma, consciente e orientado em O<sub>2</sub> ambiente saturando normal. Pressão normal sem glicose devido ao politrauma, tem amputação traumática do membro superior direito do T2 e, medicado em monitorizado.

Suelio Moreira Torres  
Enfermeiro  
COREN 208291

**ADMISSÃO DO TÊC. DE ENFERMAGEM:**  
Paciente procedente do bloco cirúrgico o mesmo é paciente politraumatizado com amputação do membro superior esquerdo seg. consciente orientado, verbalizando e cooperativo e segue os cuidados.

ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

TÊC. DE ENFERMAGEM: Suelio COREN: 208291

18 DEZ. 2018





**CENTRO DE IMAGEM**  
**Dr. Péricles Neves**

PACIENTE: JUSTINO TEOFILO 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 Nº 60899







18 DEZ. 2018





18 DEZ. 2018





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: CARLOS ALMEIDA VERAS PINHEIRO

DOC (CONTINUA - DOCLIBERAR DE): 2001097004008 SEVERO CE

CPF: 973.439.033-53 DATA NASCIMENTO: 12/06/1982

FUNÇÃO: CARLOS EMMY ALVES PINHEIRO ELIDA MARIA VERAS PINHEIRO

PERMISSÃO: ACC CATEG: 30

1ª EMISSÃO: 29/03/2018 2ª EMISSÃO: 29/11/2008

VALOR 1M TUDO 875039321

PROIBIDO PLASTIFICAR 875039321

SEM OBSERVAÇÃO:

LOCAL: OUTXADA, CE DATA EMISSÃO: 03/10/2013

03003876576  
CE137031269

18 DEZ. 2018



## 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 tíbia 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:**

*Amputação 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 ( ☒ ) 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



## 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 tíbia 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: brasileira  
Estado Civil: casado  
Identidade: 6997990  
CPF: 65457862887  
Profissão: Recluso  
Endereço: Rua João Ferreira de Oliveira  
Santa Cruz / PB



### 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.



JOSÉ NEVES MOREIRA  
Serviço Notarial e Registral

Titular: Del. Plínio Henrique Rodrigues Neves  
Rua Henrique Estrela de Carvalho, 04 - Centro - Sousa/PB  
CEP: 56900-330 - Fone: (31) 3521-2070

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) de:  
JUSTINO TEÓFILO DE SOUSA  
Em test. da verdade, Sousa-PB 25/09/2018 09:28:16  
JOSE WALTER DA SILVA CESARINO JUNIOR - ESCRIVENTE  
E2018-012285 TEST. da VER. do FARPEN: R\$ 0,28 PEPJ: R\$ 1,90 ISS: R\$ 0,28  
SELO DIGITAL: MD61/05-DNG3  
Confira a autenticidade em <https://sedigital.tjpb.jus.br>

Jose Walter da Silva Cesarino Junior  
Escrivente Autorizado  
3º Ofício - Sousa-PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante 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 as 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

**CPF de:** Próprio

### 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](http://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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª 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.<sup>a</sup>, 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



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 Excelência, 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**

