

---

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

**Nº Sinistro:** 3180428365

**Vitima:** INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

**Data do Acidente:** 27/05/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180428365.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180428365**

Vitima: **INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR**

Data do Acidente: **27/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180428365**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

051120394 - 26

Nome completo da vítima

Inaldo Francisco dos S. Junior

#### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Proibição
Inaldo Francisco dos Santos Júnior	05112039426	Rua Pública
Endereço	Número	Complemento
Rua Simões Barbosa	61	
Bairro	Cidade	Estado
Lentro	Pitimbu	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
Consult. jus. advogados@gmail.com	58329-000	(83) 41412316

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

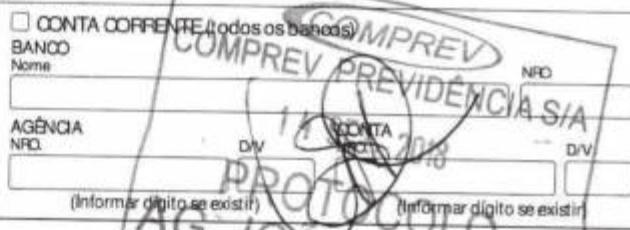
#### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
0220	8	25216	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Inaldo Francisco dos Santos Júnior

Local e Data

Inaldo Francisco dos Santos Júnior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Ag. 0220 - 8  
25216-6  
Poup (051)



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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

053.120.394-26

Nome completo da vítima

INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR	CPF/titular da conta 053.120.394-26	Profissão Funcionário Público
Endereço R. SINOTES BARBOZA	Número 63	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade PITIMBU	Estado PB
Email CONSULTAUS.ADVOCADO@GMAIL.COM	CEP 58324-000	Telefone (DDD) 83 4545-2336

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0220	D/V 8	CONTA NRO. 25216	D/V 6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 25 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Inaldo Francisco dos Santos Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
26/09/2018 - Autoatendimento - 08:40:19  
022074483 0124

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA  
EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 0220-8  
CONTA: 25.216-6  
VARIACAO: 51  
CLIENTE:INALDO FRANCISCO DOS SANTOS  
INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JU

DATA	DT.BS	HISTORICO	VALOR
-----Setembro/2018-----			
0809		Saldo ant.	29,15 C
1209	12	Saque Banco 24	500,00 D
1209	12	DEP.DINHEIRO	1.500,00 C
1709	17	DEP.DINHEIRO	500,00 C
1809	18	TED Diferente T	7.500,00 C
1809	18	SAQUE	150,00 D
		18/09 10:31 SAA-GOIANA	
1909	17	SAQUE	100,00 D
		19/09 10:29 SAA-GOIANA	
1909	17	COMPRA ELETR	90,00 D
		19/09 15:18 PV POSTO VELOSO	
1909	17	COMPRA ELETR	30,00 D
		19/09 11:11 ATIVA TRANSPORTADORA	

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01716.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 01716.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:27 horas do dia 10 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Inaldo Francisco dos Santos Junior**, CPF nº 051.120.394-26, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário Público Municipal, filho(a) de Laurita Ribeiro da Costa e Inaldo Francisco dos Santos, natural de Caaporã/PB, nascido(a) em 16/10/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Simões Barbosa, Nº 61, bairro Centro, tendo como ponto de referência Mercadinho do Nino, na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 98683-2742.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Pousada da Gale, Pitimbu/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/05/18 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

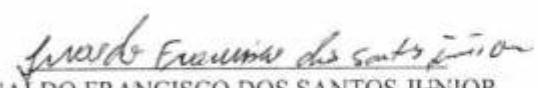
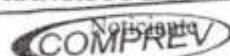
QUE segundo o notificante trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA BIZ 125EX, ANO E MODELO: 2013/2014 de cor branca, placa: OGG 7209/PB, chassi nº 9C2JC4830ER006367, registrado em nome de Magali Gonçalves Bezerra Viana -CPF nº 040.456.714-20; QUE segundo o notificante seguia normalmente quando foi passar um quebra molas perdeu o controle do veículo e veio a cair ao chão, sendo socorrido pela ambulância local para o hospital Municipal de Pitimbu e encaminhado para o Hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 24.07.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo ambulância de Pitimbu; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 s01,1 eS06,9

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 10 de setembro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação



  
INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR  
  
COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
14 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
AC. JOÃO PESSOA  
Protocolo Policial: 01716.01.2018.1.00.420

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Joaão Francisco dos Santos Junior

CPF da Vítima

05120 394 26

Data do Acidente

27.05.2013

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

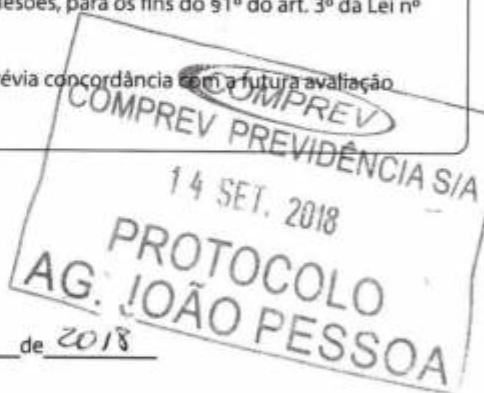
#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Joaão Pessoa, 11 de setembro de 2018  
Local e Data



Joaão Francisco dos Santos Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senator Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1084661



## Identificação do paciente

ID: 1292674	Nome: INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR			Sexo: Masculino
Data de nascimento 16/10/1984	Idade 33 anos 7 meses 12 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe: LAURITA RIBEIRO DA COSTA				Pai: INALDO FRANCISCO DOS SANTOS
Escolaridade				Responsável (Parentesco): O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986739953	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2716807	Nº Cns 702802657029667		
Local de procedência PITIMBU		Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

## Endereço

CEP 58324000	Município de residência PITIMBU	UF PB	Logradouro SIMOES BARBOSA
Número 61	Complemento		Bairro GUARITA

## Admissão

Data e Hora 27/05/2018 22:34:21	Número da pulseira <b>59885084</b>	Convênio: SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco			Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

## Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por  
AURINEIDE QUEIROGA DANTAS

Imprimir



**RCHLO**  
RIACHUELO

**MIDWAY**  
FINANCEIRA



CTC RECIFE PE PL7

INALDO F D S JUNIOR  
RUA SIMOES BARBOSA 61 PITIMBU  
CENTRO PITIMBU PB  
58324-000



721105033001886000004525630090318



Data da Postagem: 09/03/2018  
Data do Vencimento: 20/03/2018  
DIG/000082491



TIM Celular S.A.  
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 3160-SL6  
Tambauzinho - João Pessoa - PB  
CNPJ: 04.206.050/0085-99 - I.E.: 16.143.665-0  
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

A TIM S.A. faz parte das empresas controladas pela TIM no Brasil

**R\$ 49,90**

**VENCIMENTO**

**10/08/2018**

EMISSÃO: 19/07/2018

POSTAGEM: 27/07/2018

FATURA: 3461569306

CASSIO ASSIS ESPINOLA  
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA  
JAGUARIBE  
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACesso: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

### IMPORTANTE PARA CASSIO

### RESUMO DA SUA CONTA DE 19/JUN A 18/JUL

A Intelig Telecommunications LTDA. comunica a alteração de sua Razão Social para "TIM S.A.", não ocorrendo qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

Serviços TIM S.A.

VALOR

	<b>TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS</b>	<b>R\$ 49,90</b>
--	-----------------------------------	------------------

### VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316

#### MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
<b>TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)</b>	Ilimitado	200m54s	1	30	19/06 a 18/07	<b>49,90</b>
TIM Portal CONTEUDO GOLD	-	-	1	30	19/06 a 18/07	Incluído
<b>Total de Mensalidades</b>						<b>49,90</b>

#### CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todos os suas ligações de voz realizados na área coberta pela Rede TIM	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM	-	07m36s	7	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Celulares	-	183m00s	92	-	-	0,00
Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41	-	10m18s	5	-	-	0,00
<b>Total de Chamadas Dentro da Rede TIM</b>						<b>0,00</b>

### MAIS DETALHES DA SUA CONTA

### CONTA DIGITAL TIM

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-lo, visite [www.meutim.com.br](http://www.meutim.com.br). Central de Atendimento: 10341

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo Site Meu TIM. Visite [meutim.com.br](http://meutim.com.br) para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A. ALIQUOTA BASE DE CÁLCULO VALOR FUST FUNTTEL R\$ 0,23  
ICMS 30% R\$ 35,00 R\$ 10,50 FUNTTEL: R\$ 0,12  
PIS/COFINS - Serviços Telecom 3,65%  
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom 9,25%

Em endividamento à Lei 12.741/2012.  
As contribuições ao FUST (1%) e FUNTTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)  
Incluídos no(s) Plano(s)

Franchia(s)	R\$ 35,00
SVA	R\$ 14,90
Desconto(s) Franchia(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00

**EE TIM**

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO  
00000000165481214012

MÊS DE REFERÊNCIA  
JUL/2018

DATA DE EMISSÃO  
19/07/2018

DATA DE VENCIMENTO  
10/08/2018

VALOR  
**R\$ 49,90**

VIA BANCO

84640000000 - 2 49900109011 - 1 00346156930 - 7 60119257526 - 9

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



## 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 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 Maria Cinthia Gilo da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o N° 051690444-29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário, Indaldo Francisco dos Santos Junior, inscrito (a) no CPF sob o N° 051120394-26, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Indaldo Francisco dos Santos Junior, inscrito (a) no CPF sob o N° 051120394-26, 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>Av Capitão José Penca</u>	Número	<u>602</u>
Bairro	<u>Jaguaribe</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>
Email	<u>consult.jus.advogadura@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(83) 41912316</u>

Telefone celular (DDD) (83) 986630582

Local e Data

João Pessoa, 11 de novembro de 2018

Assinatura do Declarante

Maria Cinthia Gilo da Silveira



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Magali Gonçalves Bezerra Viana,  
RG nº 2164 857, data de expedição 28/12/2010,  
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 04045671420, com  
domicílio na cidade de Pitimbu, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Simões Barbosa, nº 81,  
complemento Pitimbu, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Inaldo Francisco dos Santos Júnior cujo o condutor era  
Inaldo Francisco dos Santos Júnior.

Veículo: Moto  
Modelo: HONDA Biz 125 EX

Ano: 2013/2014

Placa: OGG 7209/PB

Chassi: 9C23C4330ER006367

Data do Acidente: 27.05.18

Local e Data: José Pessoa, 06 de Julho de 2018



Magali Gonçalves Bezerra Viana  
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO AZEVÉDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.0793

Av. Presidente Epônomo Pessoa, 1148 - Bairro Das Estrelas - João Pessoa/PB - CEP 58030-400 | www.cartorioazevedo.com.br | Tel.: (031) 3344-5469 - Fax: (031) 3344-5470

Reconheço por Autenticidade a assinatura de

MAGALI GONÇALVES BEZERRA VIANA

a qual confere com o pedestal registrado nessa serventia, dou fé.

João Pessoa, seis de Julho de dois mil e dezolto

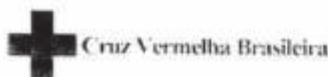
Em Teste Marcelo Timóteo de Oliveira de verdade.

Marcelo Timóteo de Oliveira, Escrivente - (Qtd: 1, Total: 12.13)

Selo Digital de Fiscalização Tipo AHB69950-IT7L

Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>





## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR</b>	BAE 1084661	Data/Hora Entrada 27/05/2018 22:34:21	Data Baixa
Data de nascimento 16/10/1984	Idade 33a 7m 12d	Sexo Masculino	CNS 702802657029667 Telefone de Contato (83) 986739953
Mãe <b>LAURITA RIBEIRO DA COSTA</b>			Prontuário
Endereço <b>SIMÕES BARBOSA, 61</b>	Bairro <b>GUARITA</b>	Município <b>PITIMBU</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b>	Nº Cons. Regional <b>4417/PB</b>
Data/Hora Classificação 27/05/2018 22:34:21		Data/Hora Prescrição 28/05/2018 08:16:30	

**Anamnese**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 12H (NÃO SABE INFORMAR O MECANISMO DE TRAUMA), QUEIXA-SE DE CEFALÉIA E TONTURA. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA; NEGA VÔMITOS. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS; NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM SINAIS DE FRATURAS EM MMSS EM MMII. APRESENTA FERIMENTO CONTUSO EM SUPERCÍLIO E, JÁ SUTURADO + EQUIMOSE PERIORBITÁRIA À E + EDEMA EM FACE À E + ESCORIAÇÕES EM FACE, MSE, MIE, TÓRAX. REFERE ALERGIA À DIPIRONA. NEGA PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. REFERE VAT HÁ < 5 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNÉICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR Á PALPAÇÃO. NO RX DE TÓRAX, NÃO IDENTIFIQUEI FRATURAS DE ARCOS COSTAIS, DERRAME E PNEUMOTÓRAX. JÁ AVALIADO E LIBERADO PELO BMF. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + CURATIVOS + PRESCREVO ANALGESIA + AGUARDA REAVALIAÇÃO DA NEURO.

**MEDICAÇÃO**

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML DE SF)

**CID10**

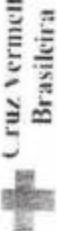
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação + liberado da cirurgia geral

INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO  
(: 4417/PB)



Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H  
Brasileira

Data: 28/05/18 08:16  
Usuário: ANA VIRGINIA  
Boletoim 1084661

### PREScrição MÉDICA

Nome	Data de NASCIMENTO	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição
INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR Motivo do Atendimento	16/10/1984 Enfermaria / Leito	33a 7m 12d	MASCULINO	1084661	28/05/2018 08:16:30
Convenio SUS					
			Matrícula		
			Senha		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG	Observação:DILUIR EM 100ML DE SF	E.V.		AGORA	18/05/2018

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO  
CRM: 4417

*Virginia L. da Costa*  
*ana.virginia@saude.mt.gov.br*  
28 de Maio de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
14/05/2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR	1084661	27/05/2018 22:34:21	
Data de nascimento 16/10/1984	Idade 33a 7m 12d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986739953
Mãe LAURITA RIBEIRO DA COSTA			Prontuário
Endereço SIMOES BARBOSA, 61	Bairro GUARITA	Município PITIMBU	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA	Nº Cons. Regional 3040/PB
Data/Hora Classificação 27/05/2018 22:34:21		Data/Hora Prescrição 28/05/2018 04:52:35	

## Anamnese

## BMF

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC) SEM USO DE CAPACETE, EUPNEICO, RELATA SINCOPE, NEGA VOMITO, COOPERATIVO, BEG E LOTE. AO EXAME FISICO APRESENTA FCC EM REGIAO SUPERCILIAL ESQUERDA, ACUIDADE VISUAL PRESERVADAS, VIAS AEREAS PERTIVIAS, SEM EPISTAXE, OCCLUSAO E MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS. AO EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFICO SEM SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURAS DOS OSSOS DA FACE.

CONDUTA: 1) AVALIACAO BMF 2) SUTURA 3) ORIENTACOES 4) ALTA DA BMF 5) AOS CUIDADOS DA NEURO

## CID10

Código	Descrição
S01.1	Ferimento da pálpebra e da região periocular

## Conduta

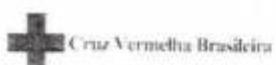
Em observação

André Gustavo B. Luna  
ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA  
(: 3040/PB)

INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR



Boletim registrado por: AURINEIDE QUEIROGA DANTAS em 27/05/2018 22:35:24



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Serviço Humberto Lucena



### CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

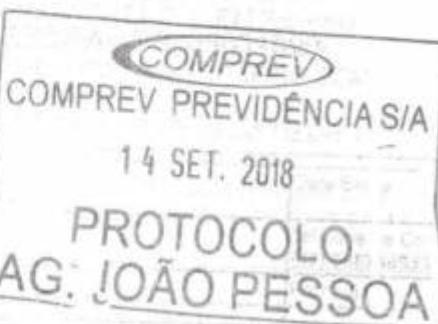
Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR</b>	BAE 1084661	Data/Hora Entrada 27/05/2018 22:34:21	Data Baixa
Data de nascimento <b>16/10/1984</b>	Idade <b>33a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 986739953</b>
Máe <b>LAURITA RIBEIRO DA COSTA</b>	Prontuário		
Endereço <b>SIMÕES BARBOSA, 61</b>	Bairro <b>GUARITA</b>	Município <b>PITIMBU</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FRANCISCO NEUTON DE O MAGALHÃES</b>	Nº Cons. Regional <b>5914/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/05/2018 22:34:21</b>	Data/Hora Prescrição <b>28/05/2018 00:09:21</b>		
<b>Anamnese</b>			
# NEUROCIRURGIA			
# TCE LEVE			
SEGUE GLASOW 14.			
TAC DE CRÂNIO: NORMAL			
COND.: MANTER EM OBSERVAÇÃO			
<b>Dados coletados anteriormente</b>		<b>utilizar na impressão?</b>	
<b>Conduta</b>			
Em observação			

INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

FRANCISCO NEUTON DE O MAGALHÃES  
(CRM 5914/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR</b>	BAE 1084661	Data/Hora Entrada 27/05/2018 22:34:21	Data Baixa
Data de nascimento: 16/10/1984	Idade 33a 7m 12d	Sexo Masculino	CNS 702802657029667
Mãe <b>LAURITA RIBEIRO DA COSTA</b>			
Endereço <b>SIMOES BARBOSA, 61</b>	Bairro <b>GUARITA</b>	Município <b>PITIMBU</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA</b>	Nº Cons. Regional <b>6800/PB</b>
Data/Hora Classificação 27/05/2018 22:34:21		Data/Hora Prescrição 27/05/2018 23:10:18	

**Anamnese**

NEUROCIRURGIA

TCE QUEDA ETILIZADO

AO EXAME : GLASGOW 14, SONOLENTO  
PUPILAS ISO  
SEM DÉFICT MOTOR  
FCC FRONTAL ESQUERDO

CONDUTA: TC CRÂNIO

**EXAME DE IMAGEM**

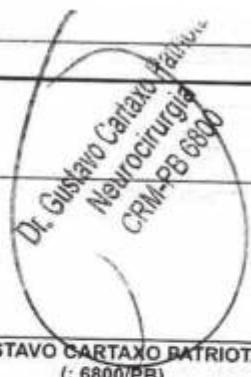
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

**CID10**

Código	Descrição
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado

**Conduta**

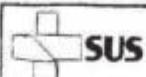
Em observação



INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA  
(: 6800/PB)

Boletim registrado por: AURINEIDE QUEIROGA DR. ITAS em 27/05/2018 22: 5:24



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE  
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Inácio Francisco dos Santos junior

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

16/10/1984

7 - SEXO

Masc.

8 - RACIAÇÃO

Fem.

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA

15 - COD. IBGE MUNICIPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

TCC de crâneo s/cortes 01

PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37-COD10 PRINCIPAL;38-COD10 SECUNDÁRIO;39-COD10 CAUSAS ASSOCIADAS

TCE

40 - OBSERVAÇÕES

andando de moto c/ TCE

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Attila Raphael Basílio Alves

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

7/05/18

45 - ASSINATURA E CARIMBO IN RÉGISTRO DO CONSELHO

Dr. Attila Raphael

Medico Residente - Cirurgia Geral

CRM/PB: 11.491

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (ONS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

015442852433

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. GRUPO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (ONS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

TÍTULO DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO IN DO REGISTRO DO CONSELHO

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

COMPREV PREVIDENCIÁRIA S/A

14 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO  
BRASILEIRO

# BOLETIM DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

HOSPITAL

SUS:70280265-10-  
Nº 5988.5084 961

NOME DO PACIENTE:			DOCUMENTO:	
Jairinho Fernandes dos Santos Júnior			RG: 2716807	
DT. NASC.	IDADE:	SEXO: (M) F	MAE:	Laura Rita Ribeiro da Costa
26/10/1984	33			
PAI:			RESPONSÁVEL:	
Jairinho Fernandes dos Santos			Magali Gonçalves (esposa)	
ENDEREÇO:			Nº:	61
Rua: Simeão Barreto				
COMPLEMENTO:	BAIRRO:		UF:	Pindábu
	Oiticica			
CEP:	NACIONALIDADE:	NATURAL:	FONE:	83-986735953
58326-000		João Pessoa		
DATA DE ENTRADA:	HORA:	SETOR:	DIGITADOR:	Turimacide
27-09-18	20:24	Vermelha		
PROCEDÊNCIA:	MOTIVO DO ATENDIMENTO:			Chuva de moto
Pindábu				
CASO POLICIAL: ( ) S ( ) N	TRAUMA: ( ) S ( ) N	ACID. TRAB.: ( ) S ( ) N	VEIO DE AMBULÂNCIA: ( ) S ( ) N	
			Ambulância	

OBSERVAÇÃO:

#

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

União dos Santa Júnior

27/05/18

# Cirurgia Geral #

20h33

1º atendimento

Paciente oriundo de Pitimbu, trazido  
pela ambulância do município,  
sem despeitos de mobilização, com  
relato de queda de moto há 3h,  
sem capacete. Relata ingestão alcoólica  
e sícope. Nege ferimentos.

Vias aéreas permeáveis, sem color cervical.  
Sem alterações no tórax

Abdome flácido, sem sinais de irritação  
peritoneal.

Glosso 15, consciente, orientado,  
pupilas isocônicas, RPAI +,  
lesões contusas em região periorbitária  
no esquerdo com sangramento.

CD ① golpe TC da crânio  
Parcer da Neurocirurgia  
Rx de tórax  
Rx de cervical  
Parcer da CBMF.



Dra. Attila Raphael  
Médico Residente - Cirurgia Geral  
CRM/PB: 11.491



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831337715

Data Nasc: 16/10/1984 - 33 anos

Paciente:INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

Data Exame: 27/05/2018

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

**Hematoma periorbitário a esquerda , com fratura do complexo maxilo-zigomático.**

**Hematoma subgaleal parietal a esquerda.**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Dr. Igor Motta de Aquino  
CRM: 6512- PB



Este laudo foi liberado em 28/05/2018 09:19.

Dr. Igor Motta de Aquino  
CRM: 6512- PB

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

NOME

INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

2716807 SSP PB

CPF

051.120.394-26

DATA NASCIMENTO

16/10/1984

FILIAÇÃO

INALDO FRANCISCO DOS  
SANTOS  
LAURITA RIBEIRO DA  
COSTA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

02965865799

VALIDADE

15/05/2017

1ª HABILITAÇÃO

04/08/2003

OBSERVAÇÕES

A

Exerce Ativ Remunerada

Inaldo Francisco dos Santos Junior

ASSINATURA DO PORTADOR

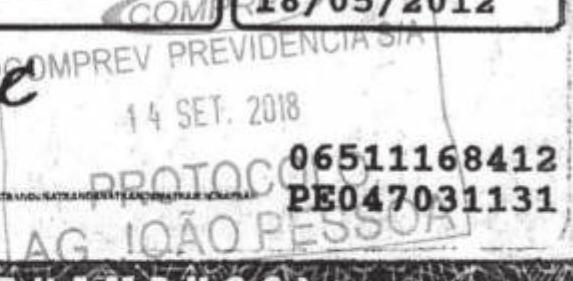
LOCAL

GOIANA - PE

DATA EMISSÃO

18/05/2012

ASSINATURA DO EMISSOR



DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

TERRITÓRIO NACIONAL  
573932930

REG & SONS

573932930



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
14 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE AUTOMÓVEIS**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETAN - PB**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO** N° 012507728266  
VIA 1 0058802991-2 00/00000000 EXP 2015

**MAGALI GONCALVES BEZERRA VIANA**

**04045671426** OGG7209/PB

**NOVO** PB 9C2JC4830ER006367

**PAS/MOTONETAS/NAO APLIC** AENCO/GASOL

**HONDA/BIZ 125 EX** 2007/09 2012/00

**QDP/PDI/24 /CI PARTEC** BRANCA DOMINANTE

**I P** COTA ÚNICA 000/000/0000 VENC / COTAS 1\*

**V A** R\$ 544,40 0 PARCELAMENTO / COTAS 2\*

**A** 0 3\*

**PRÉMIO TARIFÁRIO** SEGURO PRÉMIO TOTAL R\$ 0 000,00

**A.F ADM DE CONCEPÇÃO HONDA LTDA**

**PITIME** 12/07/2016 16080

**378** DATA 16080

**EXPEDIDOR**

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

**PB N° 012507728266 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**MAGALI GONCALVES BEZERRA VIANA**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA** OGG7209/PB-04045671420 [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

**SAC DPVAT 0800 022 1204**

**2015 12/07/2016**  
**EXERCÍCIO** DATA EMISSÃO

**VIA MAGALI GONCALVES BEZERRA VIANA**

**RENAVAM** MARCA / MODELO

**ANO FABR 4 56/14 20** N° CHASSI OGG7209/PB

**00588029912 HONDA/BIZ 125 EX**

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

**2013 (R\$) 9 9C2JC4830ER006367** CUSTO DO SEGURO (R\$)

**CUSTO DO BILHETE (R\$)** IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* SEGURADO PAGO

**PAGAMENTO** DATA DE PAGAMENTO

**COTA ÚNICA** PARCELADO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04  
16080-1003446-20160712



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180428365      **Cidade:** Pitimbu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:**INALDO FRANCISCO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 27/05/2018      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A  
JUNIOR

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO LEVE (GLASGOW 14).  
HEMATOMA PERIORBITÁRIO E SUBGALEAL ESQUERDO.  
TRAUMA CORTO CONTUSO NO SUPERCÍLIO ESQUERDO.  
FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

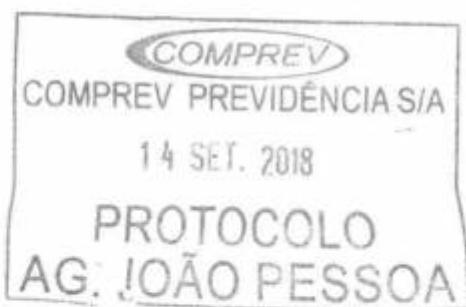
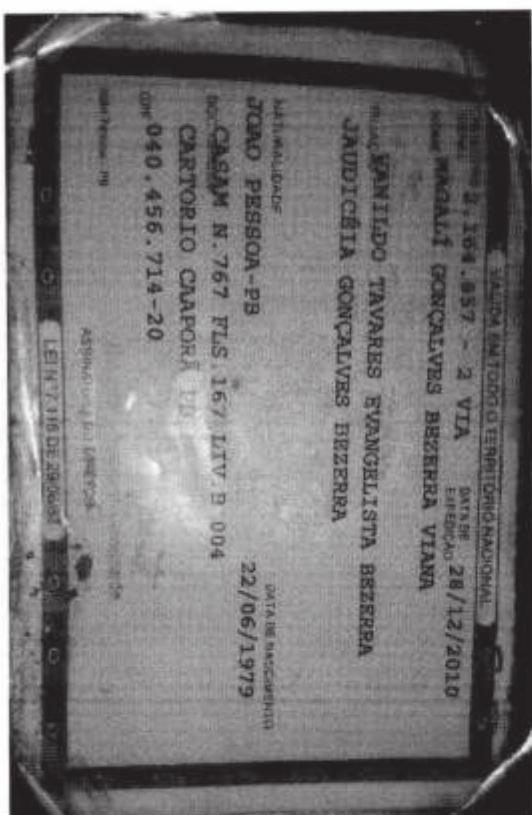
**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180428365      **Cidade:** Pitimbu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:**INALDO FRANCISCO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 27/05/2018      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A  
JUNIOR

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO LEVE (GLASGOW 14).  
HEMATOMA PERIORBITÁRIO E SUBGALEAL ESQUERDO.  
TRAUMA CORTO CONTUSO NO SUPERCÍLIO ESQUERDO.  
FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180428365      **Cidade:** Pitimbu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:**INALDO FRANCISCO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 27/05/2018      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A  
JUNIOR

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO LEVE (GLASGOW 14).  
HEMATOMA PERIORBITÁRIO E SUBGALEAL ESQUERDO.  
TRAUMA CORTO CONTUSO NO SUPERCÍLIO ESQUERDO.  
FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00



CONSULT JUS

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** inaldo francisco dos Santos junior, portador da carteira de identidade nº 2716807 inscrito no CPF sob o nº 05112039926, profissão Funcionário Público, estado civil Solteiro, residente e domiciliado na Rua Simões Barbosa, 61, Pitimbu, Cidade Pitimbu, Estado PB Telefone \_\_\_\_\_.

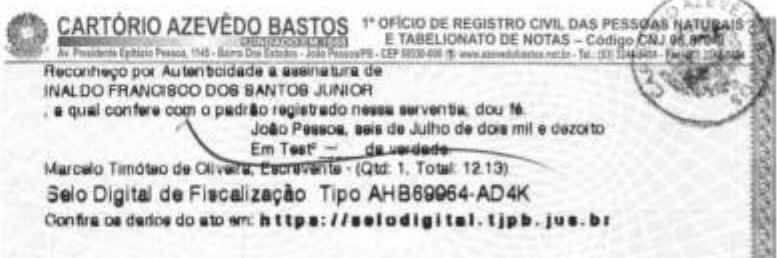
**OUTORGADO(S):** MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA, inscrita na OAB/PB nº 17.295 e RAFAELA MARIA E SILVA FERREIRA, inscrita na OAB/PB sob o nº 20.228.

**PODERES:** Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário inaldo francisco dos Santos junior, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 06 de julho de 2018.

 Inaldo Francisco dos Santos Junior  
OUTORGANTE

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337473/18

**Vítima:** INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIO

**CPF:** 051.120.394-26

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/05/2018

**Titular do CPF:** INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## 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  
Outros

### MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA : 051.690.444-29

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

### INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR : 051.120.394-26

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: 14/09/2018  
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA  
CPF: 051.690.444-29

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337473/18

Número do Sinistro: 3180428365

Vítima: INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIO

CPF: 051.120.394-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/05/2018

Titular do CPF: INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR : 051.120.394-26**

Autorização de pagamento

## 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: 26/09/2018  
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA  
CPF: 051.690.444-29

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

---

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

---

RENATO LUNA DIAS