

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 GRILO 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**

Carta nº 13369004



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 GRILO 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** 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**

Carta nº 13371177



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

051.120 394 - 26

Nome completo da vítima

Arnaldo Francisco dos S. Junior

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

Nome completo Arnaldo Francisco dos Santos Junior		CPF titular da conta 051.120 394 26	Proteção Fam. Pública
Endereço Rua Simões Barreira		Número 61	Complemento
Bairro Lentão	Cidade Pitimbu	Estado PB	CEP 58324-000
Email consult.jus.advogados@gmail.com			Telefone (DDD) (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"/> 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	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NFO 0220	DIV 8	CONTA NFO 25216	DIV 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.

João Pessoa 11 de setembro de 2018  
Local e Data

Arnaldo Francisco dos S. Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





# Ourocard

Poupança



VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

5067 2140 0046 6880

VÁLIDO ATÉ

12/21

VÁLIDO F SANTOS JD

0220-8

25.216-0



elo

Ag. 0220 - 8

25 216-6

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. SINCES BARBOZA		Número 63	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade PITIMBU	Estado PB	CEP 58324-000
Email CONSULTAUS.ADVOCADOS@GMAIL.COM			Telefone (DDD) 83 4343-2336

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"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NFO: 0220 D/V: 8 (Informar dígito se existir)		CONTA NFO: 25216 D/V: 6 (Informar dígito se existir)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: NFO:		AGÊNCIA NFO: D/V: CONTA NFO: 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 efetivado 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 SANT  
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 Nº 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:**

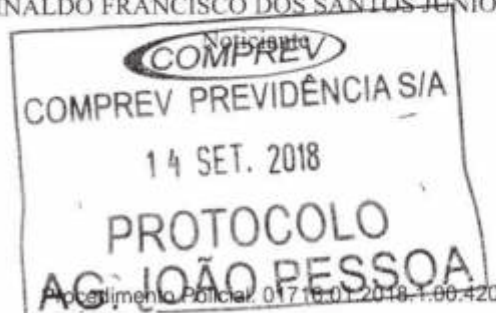
QUE segundo o notificante trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA BIZ 125EX, ANO E MODELO: 2013/2014 de cor branca, placa: OGG 7209/PB, chassi nº 9C2JC4830ER006367, registrado em nome de Magali Gonçalves Bezerra Viana -CPF nº 040.456.714-20; QUE segundo o notificante seguia normalmente quando foi passar um quebra molas perdeu o controle do veículo e veio a car 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 e S06,9

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 10 de setembro de 2018.

  
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR



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

*Israldo Francisco dos Santos Junior*

CPF da Vítima

*051120 394 26*

Data do Acidente

*27.05.2018*

**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:**

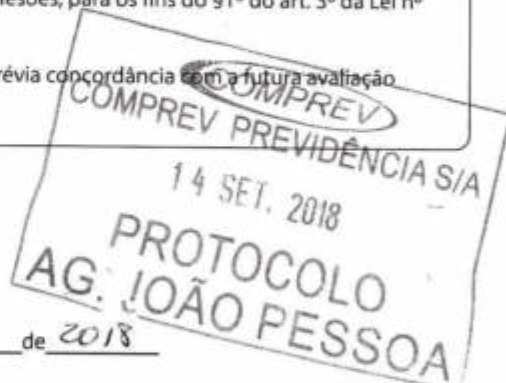
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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.



*João Pessoa*, 11 de *setembro* de 2018

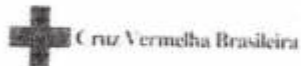
Local e Data

*Israldo Francisco dos Santos Junior*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1084661



### Identificação do paciente

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

### Endereço

CEP <b>58324000</b>	Município de residência <b>PITIMBU</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>SIMÕES BARBOSA</b>
Número <b>61</b>	Complemento	Bairro <b>GUARITA</b>	

### Admissão

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

### Indicadores e Transporte

Caso policial <b>Não</b>	Plano de saúde <b>Não</b>	Veio de ambulância <b>Não</b>	Trauma <b>Não</b>
Meio de transporte <b>AMBULANCIA</b>	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
**AURINEIDE QUEIROGA DANTAS**

Imprimir



MISTO

PARA USO DO CORREIOS

☐ Não Precisa

☐ Endereço Inútil

Módulo 99

Remetente: Caixa Postal 79594 - CEP 05181-971 São Paulo SP  
DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

**RCHLO**  
RIACHUELO

**MIDWAY**  
FINANCEIRA



CTC RECIFE PE PL7



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



7211050330018860000004525630090318



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**

EMIÇÃO: 19/07/2018

POSTAGEM: 27/07/2018

FATURA: 3461569306

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

### IMPORTANTE PARA CASSIO

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

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

Serviços TIM S.A. VALOR  
**TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS R\$ 49,90**

### 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

Todas as suas ligações de voz realizadas 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-la, 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.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 0,23
ICMS	30%	R\$ 35,00	R\$ 10,50	FUNTEL: R\$ 0,12
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%			
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%			

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

#### Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)	
Franquia(s)	R\$ 35,00
SVA	R\$ 14,90
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00



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/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Cinthia Gilo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051690444 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maldo Joraisco dos Santos Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 051120394 / 26 do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Maldo Joraisco dos Santos Junior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Pessoa</u>		Número <u>602</u>	Complemento <u>Sala 06</u>
Bairro <u>Paqueta</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58015-345</u>
Email <u>consult.jus.advogada@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 41412316</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 986630588</u>

João Pessoa 11 de setembro de 2018  
Local e Data

Maria Cinthia Gilo da Silva  
Assinatura do Declarante



## 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 01,  
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 BRUNO DOS SANTOS JUNIOR cujo o condutor era  
INALDO BRUNO DOS SANTOS JUNIOR.

Veículo: Moto  
Modelo: HONDA Biz 125 EX  
Ano: 2013/2014  
Placa: OGG 7209/PB  
Chassi: 9C23C4830ER006367  
Data do Acidente: 27.05.18  
Local e Data: João 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 AZEVEDO BASTOS** 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.678-0  
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro Das Estrelas - João Pessoa/PB - CEP 58020-000 - Tel.: (33) 3344-5404 - Fax: (33) 3344-5411

Reconheço por Autenticidade a assinatura de  
**MAGALI GONÇALVES BEZERRA VIANA**  
a qual confere com o padrão registrado nesse servente, dou fé.  
João Pessoa, seis de Julho de dois mil e dezoito.  
Em Teste da verdade.

Marcelo Timóteo de Oliveira, Ecrevente - (Qtd: 1, Total: 12.13)  
Selo Digital de Fiscalização Tipo AHB69959-IT7L  
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR			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	LAURITA RIBEIRO DA COSTA							Prontuário	
Endereço	SIMOES BARBOSA, 61			Bairro	GUARITA	Município	PITIMBU	UF	PB
Acidente	QUEDA / OUTROS			Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional	ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	
Data/Hora Classificação			27/05/2018 22:34:21			Data/Hora Prescrição			Nº Cons. Regional 4417/PB
						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 CONTUOSO 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 À 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)





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

Boletim 1084661



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR	Data de	16/10/1984	Idade	33a 7m 12d	Sexo	MASCULINO	Nº	1084661	Nº Prontuário	28/05/2018 08:16:30
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										
Validade da Prescrição	28/05/2018 08:16:00 - 29/05/2018 08:16:00										
Convenio	SUS										
Matricula	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	Costa 28.17 h	

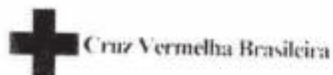
ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO  
CRM: 4417

28 de Maio de 2018

Ana Virginia L. da Costa  
Cruz Vermelha Brasileira

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

# CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO 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 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>ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA</b>		Nº Cons. Regional <b>3040/PB</b>
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 SUPERCILIAR ESQUERDA, ACUIDADE VISUAL PRESERVADAS, VIAS AEREAS PERVIAS, SEM EPISTAXE, OCLUSAO 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

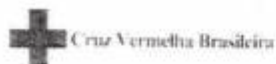
## Conduta

Em observação

INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR</b>	BAE <b>1084661</b>	Data/Hora Entrada <b>27/05/2018 22:34:21</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>16/10/1984</b>	Idade <b>33a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702802657029667</b>
Mãe <b>LAURITA RIBEIRO DA COSTA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986739953</b>
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 MAGALHAES</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> # NEUROCIURGIA # 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 MAGALHAES  
(CRM 5914/PB)







Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR</b>	BAE <b>1084661</b>	Data/Hora Entrada <b>27/05/2018 22:34:21</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>16/10/1984</b>	Idade <b>33a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702802657029667</b>
Mãe <b>LAURITA RIBEIRO DA COSTA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986739953</b>
Endereço <b>SIMÕES BARBOSA, 61</b>	Bairro <b>GUARITA</b>	Município <b>PITIMBU</b>	Prontuário
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/05/2018 22:34:21</b>	Data/Hora Prescrição <b>27/05/2018 23:10:18</b>		Nº Cons. Regional <b>6800/PB</b>

**Anamnese**

NEUROCIRURGIA

TCE QUEDA ETILIZADO

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

CONDUTA: TC CRÂNIO

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

**CID10**

Código	Descrição
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado

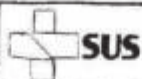
**Conduta**

Em observação

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota  
Neurocirurgia  
CRM-PB 6800

INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA  
(: 6800/PB)



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: Inaldo Francisco dos Santos Junior 4 - Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): \_\_\_\_\_ 6 - DATA DE NASCIMENTO: 16/10/1984 7 - SEXO: ☒ Masc. ☐ Femi. 8 - RAÇA/COR: \_\_\_\_\_  
9 - NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: \_\_\_\_\_  
11 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: \_\_\_\_\_  
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): \_\_\_\_\_  
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_ 15 - COD. IBGE MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ 16 - UF: \_\_\_\_\_ 17 - CEP: \_\_\_\_\_

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: TC de crânio s/ contraste 20 - QTDE: 01

## PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE
21	22	23
24	25	26
27	28	29
30	31	32
33	34	35

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: TCE 37 - CID10 PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ 38 - CID10 SECUNDÁRIO: \_\_\_\_\_ 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: \_\_\_\_\_

40 - OBSERVAÇÕES: anexo de foto c/ tce

## SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Dr. Attila Raphael BASO Alves 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 17/05/18 43 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Attila Raphael  
46 - ( ) CNS 47 - CPF: 05442852473 48 - Médico Residente - Cirurgia Geral CRM/PB 11.491

## AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_ 50 - COD. CARGO EMISSOR: \_\_\_\_\_ 51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): \_\_\_\_\_  
48 - DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_  
( ) CNS ( ) CPF  
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_ 53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): \_\_\_\_\_ 54 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

55 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: \_\_\_\_\_

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





FORÇA  
AEREA  
BRASILEIRA

# BOLETIM DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

HEINL

SUS-7028026570

Nº 59885084

961

NOME DO PACIENTE: <i>Maldonado dos Santos Junior</i>				DOCUMENTO: <i>RG-2716807</i>
DT. NASC: <i>16/10/1984</i>	IDADE: <i>33</i>	SEXO: (M) (F) <i>M</i>	MÃE: <i>Leandra Ribeiro da Costa</i>	
PAI: <i>Maldonado dos Santos</i>			RESPONSÁVEL: <i>Margali Gonçalves (esposa)</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua Simões Barbosa</i>				Nº: <i>61</i>
COMPLEMENTO:	BAIRRO: <i>Quarenta</i>	UF:	CIDADE: <i>Pindamonhangaba</i>	
CEP: <i>58324-000</i>	NACIONALIDADE:	NATURAL: <i>Brasileira</i>	FONE: <i>83-986739958</i>	
DATA DE ENTRADA: <i>27-05-18</i>	HORA: <i>20:24</i>	SETOR: <i>Urgência</i>	DIGITADOR: <i>Leandro</i>	
PROCEDÊNCIA: <i>Pindamonhangaba</i>		MOTIVO DO ATENDIMENTO: <i>Queda de moto</i>		
CASO POLICIAL: ( ) S ( ) N	TRAUMA: ( ) S ( ) N	ACID. TRAB.: ( ) S ( ) N	VEIO DE AMBULÂNCIA: ( ) S ( ) N <i>Ambulância</i>	
OBSERVAÇÃO: <i>#</i>				

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



Unidade de Pronto Socorro dos Santos Juniores

27/05/18

# Cirurgia Geral #

20h33

1º atendimento

Paciente oriundo de Pitumbá, trazido pela ambulância do município, em dispositivos de imobilização, com relato de queda de moto no 3h, sem capacete. Relata ingestão alcoólica e síncope. Nega vômitos.

Viagens recentes, sem color cutâneo. Sem alterações motoras.

Abdomen flácido, sem sinais de irritação peritoneal.

glossa 15, consciente, orientado, pupilas isocóricas, RRM (+), lesão contusa em região parietal esquerda com sangramento.

cd ① Solicito TC de crânio

Parar de Neurocirurgia

Rx de Torax

Rx de cervical

Parar de CBMF

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA  
14 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. 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.  
Hematom 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

*Luís Antônio*

14 SET. 2018

06511168412  
PE047031131

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

TERITÓRIO NACIONAL  
573932930

REG & SONS

573932930

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10494508

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 1º do Lei nº 5.309/64)



AB

ASSINATURA DO PORTADOR

Maria Cinthia Grilo da Silva

REGISTRO



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME  
MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

FILIAÇÃO  
JOSE EDUARDO DA SILVA  
KATIA DE LOURDES FERREIRA GRILO

NATURALIDADE  
SANTA RITA-PB

DATA DE NASCIMENTO  
07/07/1988

RG  
2911924 - SSP/PB

CPF  
051.690.444-30

STAMP DE ORGAO E TERCEIRO  
NÃO

01 09/05/2012

ASSINATURA DO ADVOGADO

EDSON REGENIA CAVALCANTI RODRIGUES  
PRESIDENTE

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO

Nº 012507728266

VIA 1 0058802991-2 00700000000 EXP 2013

MAGALI GONCALVES BEZERRA VIANA

04045671420

OGG7209/PB

NOVO PB 9C2JC4830ER006367

PAS/MOTONETA/VAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/BIZ 125 EX

2013 2014

2P/PY124/CI PARTE

BRANCA

COTA ÚNICA

0070000000

VENC / COTAS

I  
P  
V  
A

PARCELAMENTO / COTAS

0

1º  
2º  
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

17006/2016

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

PITTIME

378

12/07/2016

16080

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 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

04045671420

OGG7209/PB

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 12/07/2016

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

MAGALI GONCALVES BEZERRA VIANA

04045671420

OGG7209/PB

RENAVAM

MARCA / MODELO

04045671420

Nº CHASSI

00588029912 HONDA/BIZ 125 EX

PRÊMIO TARIFÁRIO

2013 (R\$) 9

9C2JC4830ER006367

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO DO SEGURO (R\$)

P A G O

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

16080-1003446-20160712

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 SET. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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

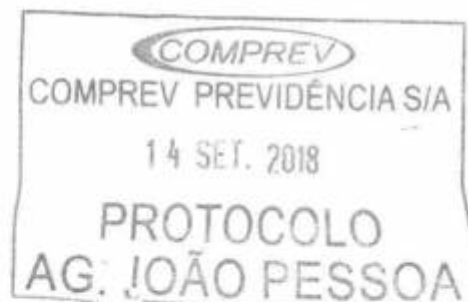
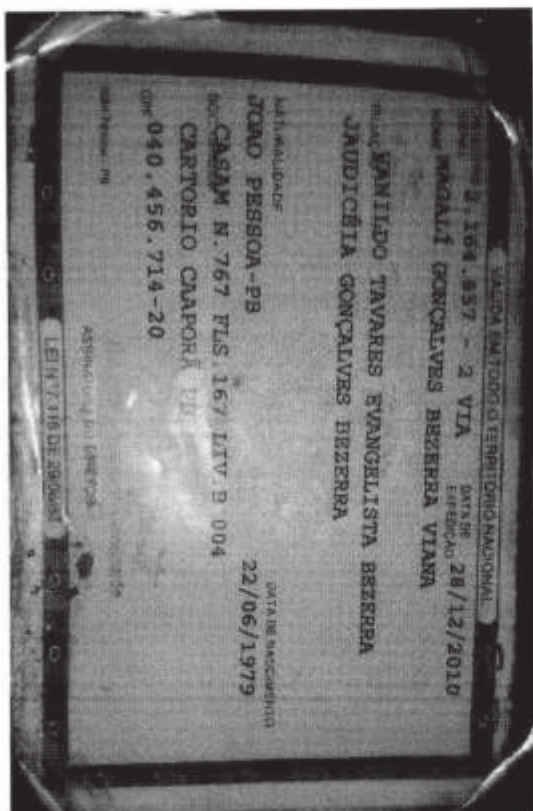
**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*Fernanda C. G. Fonseca*





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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:**

*Fernanda C. G. Fonseca*



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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



CONSULTIUS

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Inaldo Francisco dos Santos Junior, portador da carteira de identidade nº 2716807 inscrito no CPF sob o nº 05112039426, profissão Funcionário Público, estado civil Solteiro, residente e domiciliado na Rua Simões Barboza, 61, Pitimbu, Cidade Pitimbu, Estado PB, Telefone \_\_\_\_\_.

**OUTORGADO(S):** **MARIA CINTHIA GRILO 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 vítima/beneficiário Inaldo Francisco dos Santos Junior, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, 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 vítima 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

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

**CPF de:** Próprio

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

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

## 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 GRILO 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 GRILO DA SILVA  
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

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

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

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

**CPF de:** Próprio

## 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 GRILO DA SILVA  
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS