



28/06/2021

Número: **0864976-73.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR (AUTOR)		RAFAELA MARIA E SILVA FERREIRA (ADVOGADO) MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45034023	28/06/2021 13:52	Petição	Petição
45034024	28/06/2021 13:52	2585401_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
45034027	28/06/2021 13:52	2585401_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180428365**

Vítima: **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

Pag. 00699/00700 - carta_01 - INVALIDEZ

00020350



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR**
Nº Sinistro: **3180428365**
Vítima: **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

Pag. 0198/01982 - carta_03 - INVALIDEZ



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

051120 394 - 26

Nome completo da vítima

Enaldo Francisco dos S. Junior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Enaldo Francisco dos Santos Junior		CPF titular da conta 051120 394 26	Profissão Func. Público
Endereço Rua Simões Barbosa		Número 61	Complemento
Bairro Lentão	Cidade Pitumbu	Estado PB	CEP 58324-000
Email consult.jus.advo.gadon@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) BANCO Nome AGÊNCIA NFO D/V (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NFO 0220 (Informar dígito se existir)	D/V 8 (Informar dígito se existir)	CONTA NFO 25216 (Informar dígito se existir)	D/V 6 (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

Enaldo Francisco dos Santos Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





Ag. 0220 - 8
25.216-6
Poup (051)



Scanned with CamScanner



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: OFF da Vítima: 053.320.394-26 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 OFF titular da conta: 053.320.394-26 Profissão: FUNCIONÁRIO PÚBLICO
Endereço: R. SINCOS BARBOSA Número: 63 Complemento:
Bairro: CENTRO Cidade: PITIMBU Estado: PB CEP: 58324-000
Email: CONSULT.JUS.ADVOCADO@GMAIL.COM Telefone (DDD): 83 4141-2316

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

☒ REQUISO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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 NFO: 0220 D/V: 8 CONTA NFO: 25216 D/V: 6
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ 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, 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



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 interdita 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

Isaído Francisco dos Santos Junior

CPF da Vítima

05112039426

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

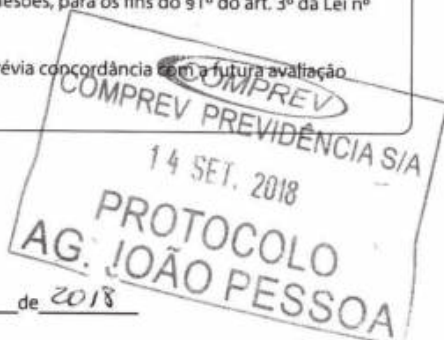
Local e Data

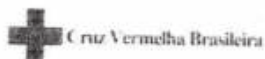
Isaído Francisco dos Santos Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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 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		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
Escolaridade	DDD Móvel 83		Fone Móvel 986739953	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2716807	Nº Cnis 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 59885084	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			
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	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG [] Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS				

Imprimir



28/05/2018 15:21

MISTO

PARA USO DO CORREIOS

☐ Não Preencher

☐ Endereço Inútil

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

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



Scanned with CamScanner



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

Página 1 de 4

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/08/2018

EMIÇÃO: 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

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
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)	Ilimitado	200m54s	1	30	19/06 a 18/07	49,90
TIM Portal CONTEUDO GOLD	-	-	1	30	19/06 a 18/07	Incluído
Total de Mensalidades						49,90

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
Total de Chamadas Dentro da Rede TIM						0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

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, Central de Atendimento: 10341.

CONTA DIGITAL TIM

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 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) Incluídos 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 a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000000165481214012	JUL/2018	19/07/2018	10/08/2018	R\$ 49,90

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

VIA BANCO

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Maria Cinthia Gilo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 05690444 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maído Francisco dos Santos Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 051120394 / 26 do sinistro de DPVAT cobertura incendio de 3 da Vítima Maído Francisco 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>Jo Capitoas Jose Penca</u>		Número <u>602</u>	Complemento <u>Sala 06</u>
Bairro <u>Saguaripe</u>	Cidade <u>João Penca</u>	Estado	CEP <u>58015 345</u>
Email <u>consult.jus.advocadua@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 91912316</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 986630588</u>

João Penca 11 de setembro de 2018
Local e Data

Maria Cinthia Gilo da Silva
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Magali Gonçalves Bezerra Viana,
RG nº 2164857, 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 Francisco dos Santos Junior cujo o condutor era
Inaldo Francisco 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


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 06.978-0
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro Das Estrelas - João Pessoa/PB - CEP 55030-000 - Tel: (33) 3344-5464 - Fax: (33) 3344-5171
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, Escrevente - (Qtd: 1, Total: 12.13)
Selo Digital de Fiscalização Tipo AHB69959-IT7L
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>


COMPREV
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

ÁREA 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 SIMÕES BARBOSA, 61		Bairro GUARITA	Município PITIMBU	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	Nº Cons. Regional 4417/PB	
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 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 L. DA COSTA
ANA VIRGINIA L. DA COSTA RIBEIRO
(: 4417/PB)



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

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	Data Prescrição 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	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

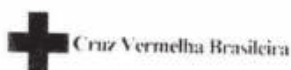
1. CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG	Observação:DILUIR EM 100ML DE SF	E.V.			AGORA
-----------------------	-----	----	----------------------------------	------	--	--	-------

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
CRM: 4417

28 de Maio de 2018

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 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 SIMÕES 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 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

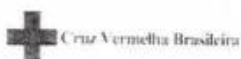
Em observação

INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

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



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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

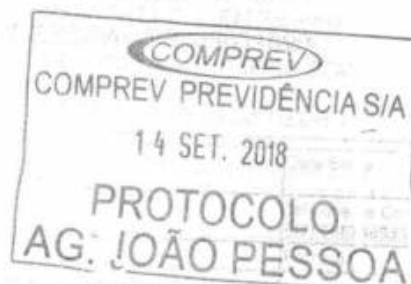
Tel: 32165700

CNES: 445365

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
Mãe LAURITA RIBEIRO DA COSTA			Telefone de Contato (83) 986739953
Endereço SIMÕES BARBOSA, 61	Bairro GUARITA	Município PITIMBU	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO NEUTON DE O MAGALHAES	UF PB
Data/Hora Classificação 27/05/2018 22:34:21		Data/Hora Prescrição 28/05/2018 00:09:21	Nº Cons. Regional 5914/PB
Anamnese # NEUROCIRURGIA # TCE LEVE SEGUE GLASOW 14, TAC DE CRÂNIO: NORMAL COND.: MANTER EM OBSERVAÇÃO			
Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?			
Conduta Em observação			

INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

FRANCISCO NEUTON DE O MAGALHAES
(CRM 5914/PB)



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



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 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 SIMÕES BARBOSA, 61		Bairro GUARITA	Município PITIMBU	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA		Nº Cons. Regional 6800/PB
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 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)

Boletim registrado por: AURINEIDE QUEIROGA Dr. ATAS em 27/05/2018 22:52:24

16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=298616&pesquisa=S&perform=imprimirPres

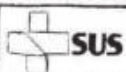


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 13:52:20

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062813521968900000042802519

Número do documento: 21062813521968900000042802519

Num. 45034024 - Pág. 18



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

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

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

20 - QTDE

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 - CID10 PRINCIPAL 38 - CID10 SECUNDÁRIO 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS

() CPF

05/44/28/52/4/33

Dr. Attila Raphael
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM/PE 11.491

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 SET. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





BOLETIM DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

HEMUS

SUS-7028026570

Nº 59885084

96t

NOME DO PACIENTE: <u>Marcelo Francisco dos Santos Junior</u>				DOCUMENTO: <u>RG-2716807</u>	
DT. NASC. <u>16/11/1984</u>	IDADE: <u>33</u>	SEXO: (X)M ()F	MÃE: <u>Leandra Ribeiro da Costa</u>		
PAI: <u>Marcelo Francisco dos Santos</u>			RESPONSÁVEL: <u>Margali Gonçalves (esposa)</u>		
ENDEREÇO: <u>Rua Simões Barreto</u>				Nº: <u>61</u>	
COMPLEMENTO:		BAIRRO: <u>Quarenta</u>	UF:	CIDADE: <u>Pindamonhangaba</u>	
CEP: <u>58324-000</u>	NACIONALIDADE:	NATURAL: <u>Filho Povo</u>	FONE: <u>83-986739958</u>		
DATA DE ENTRADA: <u>27-05-18</u>	HORA: <u>20:24</u>	SETOR: <u>Urgência</u>	DIGITADOR: <u>Lurimede</u>		
PROCEDÊNCIA: <u>Pindamonhangaba</u>			MOTIVO DO ATENDIMENTO: <u>Queda de moto</u>		
CASO POLICIAL ()S ()N	TRAUMA ()S ()N	ACID. TRAB. ()S ()N	VEIO DE AMBULÂNCIA: ()S ()N <u>ambulância</u>		
OBSERVAÇÃO: <u>#</u>					

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

F(NG).APC.037-1

Unidade de Pronto Socorro dos Santos Juniores

27/05/18

Cirurgia Geral

20h33

1º atendimento

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

Visceras palpáveis, sem coloração vermelha. Sem alterações no tórax.

Abdomen flácido, sem sinais de irritação peritoneal.

glossa 15, consciente, orientado, pupilas isocóricas, RRM (+).

lesão contusa em região periorbitária esquerda com sangramento.

cd ① solicito TC de crânio

Parar de Neurocirurgia

Rx de tórax

Rx de cervical

Parar de CBMF.

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

Dr. Attila Raphael
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM/RB: 11.491





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831337715

Paciente: INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

Data Nasc: 16/10/1984 - 33 anos

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: 5512- PB



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

Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 5512- 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

06511168412
PE047031131

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

Scanned with CamScanner

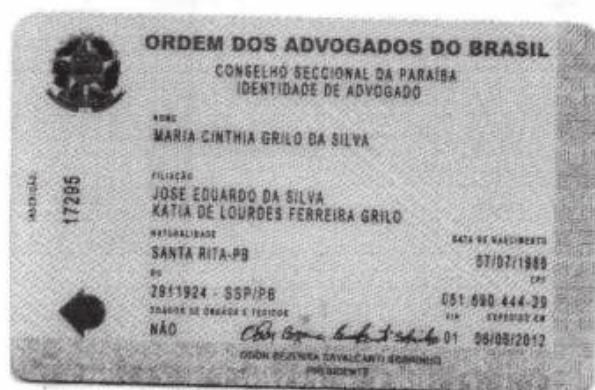


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 13:52:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062813521968900000042802519>

Número do documento: 21062813521968900000042802519

Num. 45034024 - Pág. 23



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO Nº 012507728266

VIA 1 0058802991-2 00700000000-2013

MAGALI GONCALVES BEZERRA VIANA

04045671420 OGG7209/PB

NOVO PB 9C2JC4830ER006367

PAS/MOTONETA/NAO APLIC ABCO/GASOL

HONDA/BIZ 125 EX 2013/2014

2P/P/124/CI PARTE BRANCA

COTA ÚNICA 0070000000 VENC / COTAS

1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) SEGURO 1 A GO 17/06/2016

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

PTIME 378 12/07/2016 16080

EXPEDIDOR

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

MAGALI GONCALVES BEZERRA VIANA

RENAVAM MARCA / MODELO

04045671420 Nº CHASSI OGG7209/PB

00588029912 HONDA/BIZ 125 EX

PRÊMIO TARIFÁRIO

2013 9 9C2JC4830ER006367

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

16080-1003446-20160712

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

Scanned with CamScanner



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

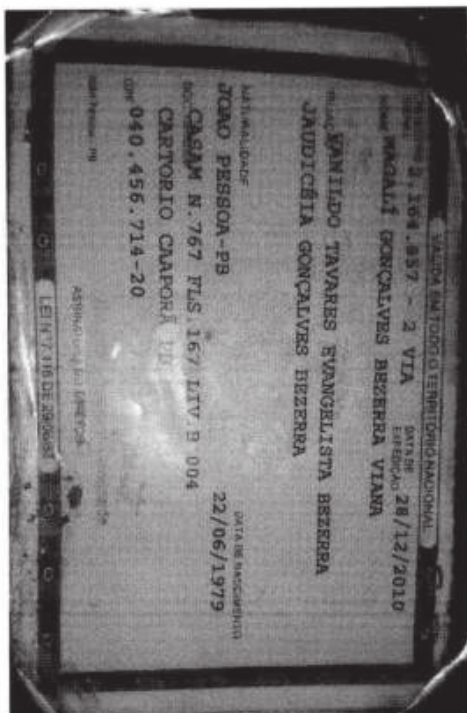
Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:





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:



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





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 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 vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 06 de julho de 2018.


OUTORGANTE

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



Av Capitão José Pessoa, 602, Jaguaribe- João Pessoa/PB - Telefone: (83) 4141-2316 (83) 98663-0588

www.consultius.com

consultius.advogados@email.com

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 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 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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08649767320188152001

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

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 22 de junho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 13:52:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062813522036700000042802522>
Número do documento: 21062813522036700000042802522