



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 GRILLO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROسانا BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45034 023	28/06/2021 13:52	<a href="#">Petição</a>	Petição
45034 024	28/06/2021 13:52	<a href="#">2585401_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</a>	Outros Documentos
45034 027	28/06/2021 13:52	<a href="#">2585401_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 13:52:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062813521845600000042802518>  
Número do documento: 21062813521845600000042802518

Num. 45034023 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180428365**  
Vitima: **INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR**  
Data do Acidente: **27/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13369004

Pag. 00699/00700 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020350



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. 1

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR**  
Nº Sinistro: **3180428365**  
Vitima: **INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR**  
Data do Acidente: **27/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

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

- Autorização de pagamento ilegível

Pag. 01981/01982 - carta\_03 - INVALIDEZ



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.

Carta nº 1337177

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

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**



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. 2



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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:

Benediário 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").

**Benéficio entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Benéficio 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 Snistro ou AS

CBF da Vítima

051-120 394 - 26

National Curriculum Framework for School Education

Nome completo da vítima:  
Enaldo Francisco dos S. Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
<u>Imildo Francisco dos Santos Junior</u>		<u>05112039426</u>		<u>Func. Pública</u>
Endereço		Número	Complemento	
<u>Rua 51 mês Barroca</u>		<u>61</u>		
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
<u>Centro</u>	<u>Pitimbu</u>	<u>PB</u>	<u>58324-000</u>	
Email	Telefone (DDD) <u>(83) 41412316</u>			
<u>consult.jus.advo.gader@gmail.com</u>				

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO 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 FEDERATIVA (001)

AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
0220	8	25216	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	COMPREV	
BANCO	NRO.	
Nome		
AGÊNCIA	DV	CONTA NRO.
NRO.		D/V
<i>PROT</i>		

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

João Pessoa 11 de setembro de 2018  
Local e Data

### Local e Data

Francesca ha già finito

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Capítulo 8 - Aplicaciones de la programación

FADDE 2014-00014801





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



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. 4



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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  Nome completo da vítima   
**053 120.394 - 26** **INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <b>INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR</b>	CPF/titular da conta <b>053 120.394-26</b>	Profissão <b>FUNCIONÁRIO PÚBLICO</b>
Endereço <b>R. SINES BARBOZA</b>	Número <b>63</b>	Complemento
Bairro <b>CENTRO</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58324-000</b>
Email <b>CONSULTAVS.ADVOGADOS@GMAIL.COM</b>	Telefone (DDD) <b>83 4541-2316</b>	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

AGÊNCIA N° **0220** DIV **8** CONTA N° **25216** DIV **6**  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NFD \_\_\_\_\_

AGÊNCIA N° \_\_\_\_\_ DIV \_\_\_\_\_ CONTA N° \_\_\_\_\_ DIV \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 25 de SETEMBRO de 2018  
Local e Data

Inaldo Francisco dos Santos Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

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

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

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

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**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 integra: 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 Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Inaldo Francisco dos Santos Junior**, CPF nº 051.120.394-26, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário Público Municipal, filho(a) de Laurita Ribeiro da Costa e Inaldo Francisco dos Santos, natural de Caaporã/PB, nascido(a) em 16/10/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Simões Barbosa, Nº 61, bairro Centro, tendo como ponto de referência Mercadinho do Nino, na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 98683-2742.

**Dados do(s) Fatos:**

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

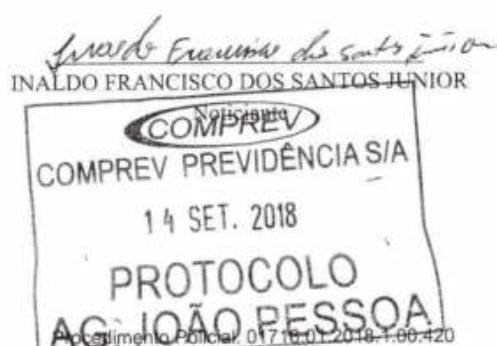
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

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

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

João Pessoa/PB, 10 de setembro de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação



1/1





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima Jairinho Francisco dos Santos Junior CPF da Vítima 05112039426 Data do Acidente 27.05.2013

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

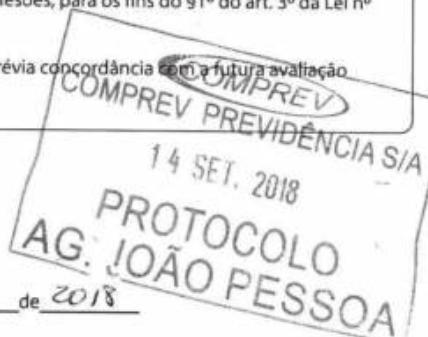
#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que 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.

Jairinho Francisco dos Santos Junior  
Local e Data

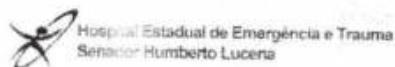
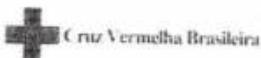


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





AV. ORESTES LISBOA, 66 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1084661



Identificação do paciente				
ID 1292674	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 Crns <b>702802657029667</b>		
Local de procedência <b>PITIMBU</b>	Tipo <b>MUNICIPIO</b> UF <b>PB</b>			
Email	Naturalidade <b>JOÃO PESSOA</b>	CBO/R		
Endereço				
CEP <b>58324000</b>	Município de residência <b>PITIMBU</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>SIMOES 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 Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte <b>AMBULANCIA</b>	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA <b>X</b>	mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico	<b>COMPREV</b> <b>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</b> <b>14 SET. 2018</b> <b>PROTOCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b>			
Atendido por <b>AURINEIDE QUEIROGA DANTAS</b>				

Imprimir

28/05/2018 15:21



**RCHLO**  
RIACHUELO

**MIDWAY**  
FINANCEIRA



CTC RECIFE PE PL7  
INALDO F D S JUNIOR

RUA SIMOES BARBOSA 61 PITIMBU  
CENTRO PITIMBU PB  
58324-000



721105033001886000004525630090318



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



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. 10

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

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

**R\$ 49,90**

## VENCIMENTO

10/08/2018

EMISSÃO: 19/07/2018

POSTAGEM: 27/07/2018

FATURA: 3461569306

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

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACesso: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

### IMPORTANTE PARA CASSIO

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

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

Serviços TIM S.A.

VALOR

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

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

#### MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

**TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)**  
TIM Portal CONTEUDO GOLD

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Ilimitado	200m54s	1	30	19/06 a 18/07	49,90	
-	-	1	30	19/06 a 18/07	Incluído	
<b>Total de Mensalidades</b>						<b>49,90</b>

#### CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Todas as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM	FRANQUIA Ilimitado	200m54s	1	30	19/06 a 18/07	49,90
Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM	-	07m36s	7	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Celulares	-	183m00s	92	-	-	0,00
Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41	-	10m18s	5	-	-	0,00
<b>Total de Chamadas Dentro da Rede TIM</b>						<b>0,00</b>

### MAIS DETALHES DA SUA CONTA

### CONTA DIGITAL TIM

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

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo Site Meu TIM. Visite [www.meutim.com.br](http://www.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 FUNITEL: R\$ 0,32  
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 FUNITEL [0,5%] não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Voz Adicionado (SVA)  
Incluídos nesse Plano(s)

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

Nº de identificação do documento: 2461569306





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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Maria Cinthia Gilo da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.904.441-29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joálio Francisco dos Santos Júnior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.120.394-26, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Joálio Francisco dos Santos Júnior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.120.394-26, 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 Pinto</u>		Número	<u>602</u>	Complemento	<u>Sala 06</u>
Barrio	<u>Jaguaribe</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>		Estado	<u>CEP</u>
Email	<u>consult.jus.advogado@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(83) 41912316</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83) 986630582</u>

João Pessoa, 11 de setembro de 2018  
Local e Data

Maria Cinthia Gilo da Silveira  
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/JPB, 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 Jnaldo Francisco dos Santos Júnior cujo o condutor era Jnaldo Francisco dos Santos Júnior.

Veículo: Moto

Modelo: HONDA Biz 125 EX

Ano: 2013/2014

Placa: OGG 9209/18

Chassi: 9C2JC4330ER006367

Data do Acidente: 27/05/18

Local e Data: João Pessoa, 06 de junho de 2018



Magali Gonçalves Bezerra Viana  
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO AZEVÊDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS – Código CNJ 06.878-0  
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1148 - Bairro Dois Irmãos - João Pessoa/PB - CEP 58030-000 | www.cartorioazevedobastos.net.br - Tel.: (031) 3244-0404 - Fax: (031) 3244-0405

Reconheço por Autenticidade a assinatura de  
MAGALI GONÇALVES BEZERRA VIANA  
a qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.  
João Pessoa, seis de Julho de dois mil e dezolto  
Em Testem: Marcelo Timóteo de Oliveira, Escrivânte - (Qtd: 1, Total: 12.13)  
Selos Digitais 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 Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNFS-6121221

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

### 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 10 MG VIA E.M., ACCORDO CON I DIRETTIVI DI USO.

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

INALDO FRANCISCO BORGES

**ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO**



Boletim registrado por: AURINEIDE OLIVEIRA DANTAS em 22/05/2019 às 15:00

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

### PREScrição MÉDICA

Nome	Data de NASCIMENTO	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição
INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR Maior do Atendimento	16/10/1984 Enfermaria / Leito	33a 7m 12d	MASCULINO	1084661	28/05/2018 08:16:30
Convenio SUS		Matrícula		Validade da Prescrição	28/05/2018 08:16:00 - 29/05/2018 08:16:00
				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	Lda Costa C8 77 h

1 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG	Observação:DILUIR EM 100ML DE SF	E.V.		AGORA	Lda Costa C8 77 h
----------------------	-----	----	----------------------------------	------	--	-------	-------------------

28 de Maio de 2018  
Ana Virginia Lima da Costa CRM: 4417  
Assinatura e Carimbo do Profissional





#### **Cruz Vermelha Brasileira**



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

#### **CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

**Endereço: AV. ORESTES LISBOA, 59, PEDRO CONDIM, JOÃO BESSOA, PB - 58010-000**

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR</b>	BAE 1084661	Data/Hora Entrada 27/05/2018 22:34:21	Data Baixa
Data de nascimento <b>16/10/1984</b>	Idade <b>33a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702802657029667</b>
Mae	<b>LAURITA RIBEIRO DA COSTA</b>		
Endereço <b>SIMOES BARBOSA, 61</b>	Bairro <b>GUARITA</b>	Município <b>PITIMBU</b>	Prontuário
Acidente	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/05/2018 22:34:21</b>		Data/Hora Prescrição <b>28/05/2018 04:52:35</b>	Nº Cons. Regional <b>3040/PB</b>

### Anamnese

BME

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC) SEM USO DE CAPACETE, EUPNEICO, RELATA SINCOPE, NEGA VOMITO, COOPERATIVO, BEG E LOTE. AO EXAME FISICO APRESENTA FCC EM REGIAO SUPERCILIAL ESQUERDA, ACUIDADE VISUAL PRESERVADAS, VIAS AEREAS PERTIVAS, 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

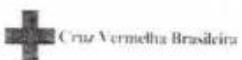
Código	Descrição
S01.1	Ferimento da pálpebra e da região periocular

INALDO SPAGNOLO

**ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA**

Boletim registrado por: AURINEIDE QUEIROGA PANTAS — 27259315-0



**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

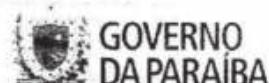
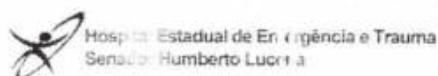
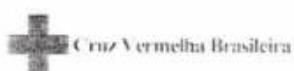
Paciente <b>INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR</b>	BAE 1084661	Data/Hora Entrada 27/05/2018 22:34:21	Data Baixa
Data de nascimento 16/10/1984	Idade 33a 7m 12d	Sexo Masculino	CNS 702802657029667
Mãe <b>LURITA RIBEIRO DA COSTA</b>			Telefone de Contato (83) 986739953
Endereço <b>SIMÕES BARBOSA, 61</b>		Barro <b>GUARITA</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 27/05/2018 22:34:21		Data/Hora Prescrição 28/05/2018 00:09:21	
<b>Anamnese</b>			
# NEUROCIRURGIA			
# TCE LEVE			
SEGUE GLASOW 14.			
TAC DE CRÂNIO: NORMAL			
COND.: MANTER EM OBSERVAÇÃO			
<b>Dados coletados anteriormente      utilizar na impressão?</b>			
<b>Conduta</b>			
Em observação			

INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

FRANCISCO NEUTON DE O MAGALHAES  
(CRM 5914/PB)

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





## AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

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

## Anamnese

NEUROCIRURGIA

TCE QUEDA UTILIZADO

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

CONDUTA: TC CRÂNIO

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

## CID10

Código	Descrição
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado

## Conduta

Em observação

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota  
Neurocirurgião  
CRM-PB 6800

INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA  
(: 6800/PB)



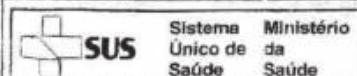
Boletim registrado por: AURINEIDE QUEIROGA Dr. JTAS em 27/05/2018 22:56:24

http://pje.tjpb.jus.br:8080/cvb/pages/prescricao.do?corpo=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

3 - NOME DO PACIENTE

Inacio Francisco dos Santos junior

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

16/10/1984

7 - SEXO

Masc.

Fem.

8 - RACIAÇÃO

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(S) SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

TCC de crâneo s/ contusão 01

PROCEDIMENTO(S) 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

TCC

40 - OBSERVAÇÕES

andando de moto c/ tce

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Attila Raphael Basso Alves

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/05/18

45 - ASSINATURA E CARIMBO INP DO REGISTRO DO CONSELHO

dr. Attila Raphael

Médico Residente - Cirurgia Geral

CRM/PB 11.491

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

4542852473

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO INP DO REGISTRO DO CONSELHO

53 - PÉRIODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

COMPREY PREVIDENCIAS/A

14 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

UNIVERSITÁRIA  
SUS

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

SUS-7028026570  
Nº 5988.5084 96t

NOME DO PACIENTE: <b>Ivaldo Ferreira dos Santos Júnior</b>				DOCUMENTO: <b>RG-2716807</b>
DT. NASC.: <b>16/10/1984</b>	IDADE: <b>33</b>	SEXO: (M) / F: <b>M</b>	MPE: <b>Lavrula Ribeiro da Costa</b>	
PAI: <b>Ivaldo Ferreira dos Santos</b>		RESPONSÁVEL: <b>Maryli Gonçalves (esposa)</b>		
ENDERECO: <b>Rua: Simeão Barbosa</b>		Nº: <b>61</b>		
COMPLEMENTO:	BAIRRO: <b>Getúlio</b>	UF:	CIDADE: <b>Pindaré</b>	
CEP: <b>58326-000</b>	NACIONALIDADE: <b>Brasileira</b>	NATURAL: <b>São Paulo</b>	FONE: <b>93-986739953</b>	
DATA DE ENTRADA: <b>27-09-18</b>	HORA: <b>20:24</b>	SETOR: <b>Urgência</b>	DIGITADOR: <b>Luriane</b>	
PROCEDÊNCIA: <b>Pindaré</b>		MOTIVO DO ATENDIMENTO: <b>Curva de moto</b>		
CASO POLICIAL: ( ) S ( ) N	TRAUMA: ( ) S ( ) N	ACID. TRAB.: ( ) S ( ) N	VEIO DE AMBULÂNCIA: ( ) S ( ) N	
OBSERVAÇÃO:         				
<div style="text-align: center;"> <b>COMPREV</b>  <b>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</b>  <b>14 SET. 2018</b>  <b>PROTOCOLO</b>  <b>AG. JOÃO PESSOA</b> </div>				



União dos Santes Jumos

27/05/18 # Cirurgia Grol #  
20h33 1º atendimento

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

Vias aéreas permeáveis, sem color cervical.  
Sem alterações motoras  
Abdome flácido, sem sinais de irritação  
peritoneal.

Slejau 15, consciente, orientado,  
pupilas isocônicas, RRM +,  
lesão contusa em região periortérito  
no lado esquerdo com sangramento.

O solicto TC de crâneo  
parcer da Neurocirurgia  
Rx de Tórax  
Rx de cervical  
Parcer da CBMF.

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA  
14 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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





Atendimento: 201831337715

Data Nasc: 16/10/1984 - 33 anos

Paciente: INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

Data Exame: 27/05/2018

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

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

### Análise:

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

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.  
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

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

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

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

Dr. Igor Motta de Aquino  
CRM: 6512- PB



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

Dr. Igor Motta de Aquino  
CRM: 6512- PB





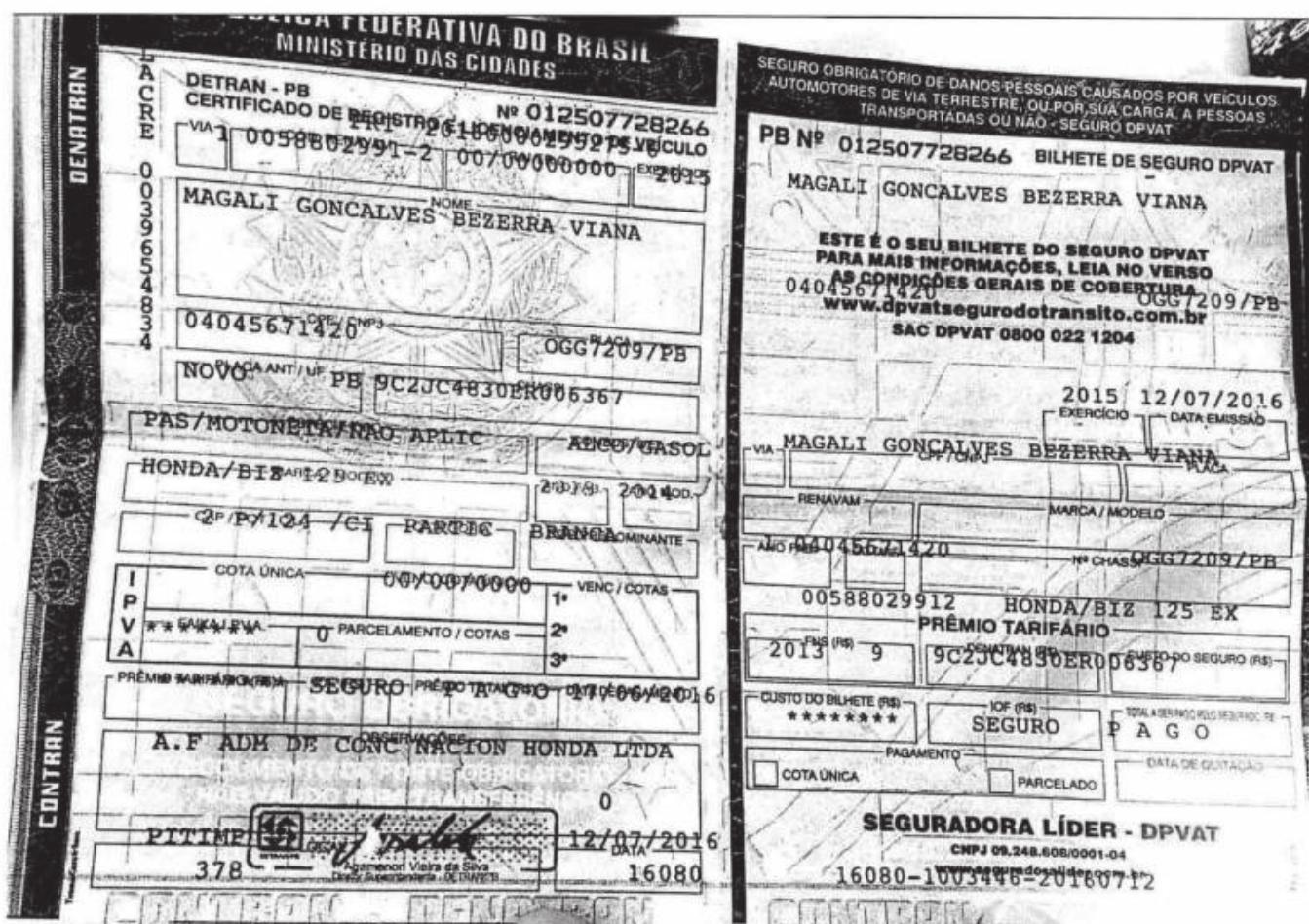
Scanned with CamScanner





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. 24



**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
14 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
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      **Data do acidente:** 27/05/2018      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A JUNIOR

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

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

### 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

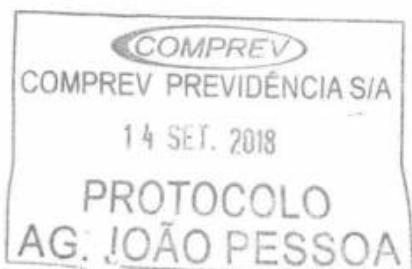
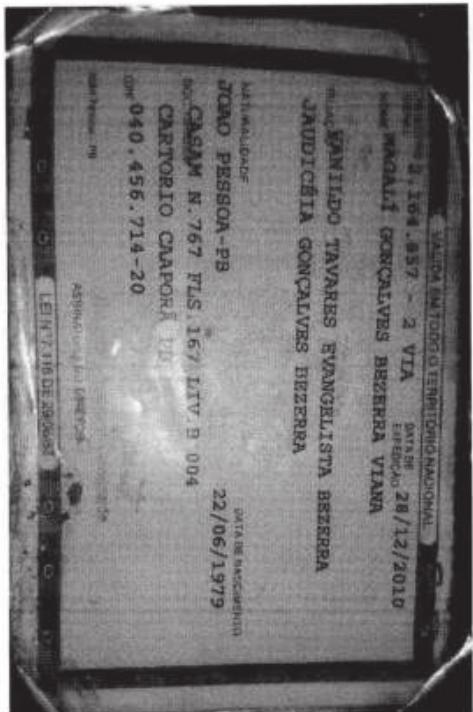
**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**





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. 27

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

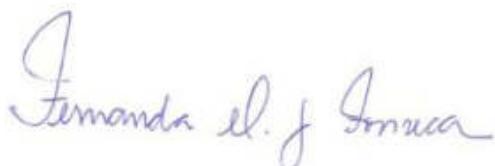
**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

### 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 %





CONSULT JUS

## 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 Sáenz Peña, 61, Pitimbu, Cidade Pitimbu, Estado PB Telefone \_\_\_\_\_.

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

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

João Pessoa, 06 de julho de 2018.

 Inaldo Francisco dos Santos Junior  
OUTORGANTE

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



Av Capitão José Pessoa, 602, Jaguaribe- João Pessoa/PB – Telefone: (83) 4141-2316 (83) 98663-0588  
[www.consultius.com](http://www.consultius.com) consultius.advogados@email.com



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. 30

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337473/18

**Vítima:** INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIO

**CPF:** 051.120.394-26

**CPF de:** Próprio

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

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

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

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

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

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

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

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



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. 31

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337473/18

Número do Sinistro: 3180428365

Vítima:INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIO

CPF: 051.120.394-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/05/2018

Titular do CPF: INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

INALDO FRANCISCO DOS SANTOS JUNIOR : 051.120.394-26

Autorização de pagamento

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/09/2018  
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA  
CPF: 051.690.444-29

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

RENATO LUNA DIAS



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. 32



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

Processo n.<sup>o</sup> 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.<sup>a</sup>, 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](http://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

Num. 45034027 - Pág. 1

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

Num. 45034027 - Pág. 2