



CPF: 110.548.934-54
Nome: J9/06/1996

ASL-0029671/18
sara.silva.6238
10/09/2018 09:37:36

ASL-0328425/18
sara.silva.6238
10/09/2018 09:06:55



RECEBIDO
23 JUN 2018
GRUPO SEGURADOR
OMAPFRE



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
110.540.934-54

Nome
GILBERTO SOUZA DOS SANTOS

Nascimento
13/06/1996

CÓDIGO DE CONTROLE
F3FE3C47.E935.8B64



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
Em 12/04/18 - às 17:11/0817 - (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
DIREÇÃO COLEGIATIVA DE MEDICINA E ODONTOLÓGICA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudos nº 03.01.06.082017.20491

GILBERTO SÓUZA DOS SANTOS

Órgão requerente: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital
De(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
De(a) Delegado Titular
Delegacia de Mari-PB



R. Hoffe
13/11/17
Mamed Carlos da Silva Neto
DELEGADO TITULAR
Mari-PB



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
OPERAÇÃO OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 467717 Laudo nº: 03.01.06.082017.20491

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Perimento ou ofensa física

Data do exame: 10/09/2017 Hora do exame: 09:00

Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital, nº da Solicitação: 261/2017
Autoridade Solicitante: Albeiro Jorge Diniz e Silva. Nome: GILBERTO SOUZA DOS SANTOS, 21anos, sexo: Masculino Raça/cor: filho(s) de: Josemário João dos Santos e de: Maria José de Sousa, Estado civil: Ignorado. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: Maripá. Profissão: Agricultor(a).

HISTÓRICO: O periciando relata que foi vítima de acidente de trânsito em 01/05/2017. Foi socorrido no Hospital de Traumas desta Capital. Relata perda de força muscular em membro superior direito. Encontra-se em fisioterapia.

DESCRIÇÃO: Apresenta marcha claudicante. O exame do crânio revela cicatriz cirúrgica, parcialmente encoberta pelas cabelos, de formato aciforme e aspecto bipartido e hipocrômico que se estende da região temporal esquerda a região parietal esquerda mais anteriormente. Trouxe laudo médico emitido em 21/04/2017 pelo Dr. José Lopes de Sousa Filho, CRM 6676, no qual consta o diagnóstico de trauma craniano grave e hematoma epidural, cujo tratamento foi cirúrgico.

QUESTÕES:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? SIM, PELO TRAUMATISMO CRANIANO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? PODERÁ REALIZAR EXAME COMPLEMENTAR APÓS 90 DIAS. TRAZER NA OCASIÃO, LAUDO NEUROLÓGICO, DESCRIVENDO A SITUAÇÃO DAS LESÕES SOFRIDAS.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, PELA GRAVIDADE DO TRAUMATISMO.
- 6) Provocou alteração de parto? PREJUDICADO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? PODERÁ VER RESPOSTA DO QUESTIONÁRIO 4.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? PODERÁ VER RESPOSTA DO QUESTIONÁRIO 4.
- 9) Resultou deformidade permanente? PODERÁ VER RESPOSTA DO QUESTIONÁRIO 4.
- 10) Provocou aborto? PREJUDICADO.



Antônio Carlos de Sousa
Perito
CRM nº 13.711
Mat. 421.620-9



Requisição de exame nº 261/2017

Exame requisitado: TRAUMATOLOGICO - DPVAT

Autoridade requisitante: Alberto Jorge Diniz e Remeter o laudo para Delegacia da Comarca de MARÍ- PB

João Pessoa (PB), 10 de agosto de 2017.

OBS-1: Segue em anexo cópia do LAUDO MÉDICO/RESUMO DE ALTA e Boletim de Ocorrência Nº 268/2017

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatológico a pessoa abaixo mencionada:

GILBERTO SOUZA DOS SANTOS, CPF Nº 110.540.934-54, RG Nº 3.958.978 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, agricultor, filho(a) de Josemiro João dos Santos e de Maria José de Snuck, natural de Marí/PB, nascido(a) em 19.06.1966 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Maria da Preta (Violeta), Zona Rural de Araçagi/PB, tendo como ponto de referência próximo ao Bar do Roberto, telefone(s) para contato (85) 99651-8468.

Histórico Que o notificante informa que ao transitar na motocicleta acima citada, no Sítio Ondiroba, Zona Rural de Marí/PB, não observou uma lombada na estrada de areia e ao paccar se desequilibrou e caiu ao solo; Que seu pai estava de passageiro na motocicleta, no qual também se machucou; Que o notificante ainda tentou se desviar, porém não conseguiu. Que foi socorrido pela ambulância da Policlínica da cidade de Marí/PB e depois transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena em João Pessoa/PB.

ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA
Delegado de Polícia Civil
Titular da DEAVC



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **GILBERTO SOUZA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180446672**

Vitima: **GILBERTO SOUZA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **01/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180446672**.

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 13404352



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **GILBERTO SOUZA DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180446672**
Vitima: **GILBERTO SOUZA DOS SANTOS**
Data do Acidente: **01/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180446672**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência ilegível
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS 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

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180446672

Vítima: GILBERTO SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GILBERTO SOUZA DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDIT
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CI**

Autorização de pagamento



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221200 (exceto para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

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 da indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o legal 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 4 "Assinatura do Representante legal").

Nome do Sinistro no ASL: 110.548.934-34 Nome completo do cliente: GILBERTO SOUZA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<u>GILBERTO SOUZA DOS SANTOS</u>	<u>110.548.934-34</u>	<u>AVULSADOR</u>
Endereço	Estado	Cep
<u>AV. GONÇALVES MORAES PEREIRA</u>	<u>SP</u>	<u>13.270-000</u>
Bairro	Cidade	UF
<u>BOA VISTA</u>	<u>BOCAIA</u>	<u>SP</u>
E-mail		
		<u>03184691-8466</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

☐ RENDIMENTO	☐ R\$ 2.001,00 ATE R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00	☐ R\$ 10.001,00 ATE R\$ 2.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Caso para os bancos abaixo. Assinale uma opção)					
☐ BRANCO (335) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (040)					
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA		CONTA		BANCO	
0022		00091824-4		000	
(Informe dígito de verificação)		(Informe dígito de verificação)		(Informe dígito de verificação)	

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

BOCAIA - SP 13 de novembro de 2011 23/11/2011

Local e Data

Gilberto Souza dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

03/11/2011

ASL-032842





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017
Ocorrência nº. 200/2017

Aos NOVE dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MARI/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MANOEL CARLOS DA SILVA NETO**, delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão(a) do seu cargo, ei, por volta 15h-20min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

GILBERTO SOUZA DOS SANTOS, conhecido por BETO, identidade nº 3.958.978-SSD/PB, CPF nº 110.568.034-54, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Joaquim João Dos Santos E De Maria Jose De Sousa, natural de Mari/PB, nascido(a) em 19/06/1996 (21 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Maria Preta (Viola), Zona Rural De Araçagi/PB, tendo como ponto de referência: PROXIMO AO BAR DE ROBERTO, na cidade de ARACAGI/PB, fone(s) para contato: 83 996.11-8468.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 01 de 05 de 2017;
- 3) HORARIO: 17h-18min;
- 4) LOCAL: SÍTIO GINDIROBA, ZONA RURAL DE MARI/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUBERTO LUCENA, JOÃO PESSOA/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VITIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUCTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

Assinatura: 01/05/2017

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESDI, COR VERMELHA, ANO E MODELO 2015/2015, PLACA QFT 5776/PB, CHASSI Nº 9C2KCL680R215225, RENAVAM 0105455299-9, EM NOME DE DINIZ SERGIO NETO

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

JOSIMIRO JOÃO DOS SANTOS, CPF Nº 035.869.984-30 E DINIZ SERGIO NETO CPF Nº 066.889.714-55

8) BREVE RESUMO DO FATO:

Que o notificante informa que ao transitar na motocicleta acima citada, no sítio Gindiroba, Zona Rural de Mari/PB, não observou uma lombada na estrada de areia, e ao passar se desequilibrou e caiu do lado; Que seu pai estava de passageiro na motocicleta, no qual também se machucou; Que o notificante ainda tentou se desviar, porém não conseguiu; Que foi socorrido pela ambulância da Politécnica da cidade de Mari/PB e depois transferido para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUBERTO LUCENA em JOÃO PESSOA/PB.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) notificante, e por mim, escrivão(a) que digitei.

RECEBIDO

23 JAN 2018

GRUPO DE QUALIFICAÇÃO
DINIZ SERGIO NETO

Gilberto Souza dos Santos
GILBERTO SOUZA DOS SANTOS
Comunicante

Assinatura



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 SAC DPVAT 0800 0221304 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 13 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 a 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

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

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) porque:

Assinar 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 60 (sessenta) dias do respectivo pedido.

Como a objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT para a cobertura da 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 extensão 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 implica qualquer concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HENRIQUE LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE GILBERTO SOUZA DOS SANTOS
DADOS DE NASCIMENTO 19/06/96
NOME DA MÃE MARIA JOSÉ DE SOUSA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 987.046
N.º PRONTUÁRIO 101.802
DATA DO ATENDIMENTO 01/05/17
HORA DO ATENDIMENTO 20:08
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) HEMORRAGIA EPIDURAL TRAUMÁTICA FRONTAL E PARIETAL D + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS
CID 10 S 06.4 + T 07

AValiação INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, pelo SAMU, apresentando TCE, escoriações no tórax, abdome, ombro D, cotovelo D e joelho D. Relato de está alcoolizado. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RECEBIDO

TC de crânio e subsequentes
RX do tórax - AP
RX do ombro D - AP
RX da bacia - AP

23 JAN 2018

GRUPO SECURADORA
BRIMAPRE

TRATAMENTO:

Hemorragia epidural traumática frontal e parietal D à TC. Sem alteração aos RX. Realizado internamente o tratamento cirúrgico pelo Dr. Gustavo Porto da equipe de Neurocirurgia.

ALTA HOSPITALAR: 21/05/17
DATA DA EMISSÃO: 10/10/17

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2616/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: LUL, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONFEEDERAÇÃO DE TRATAMENTO