

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OBERDAN SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000109603-0

Nr. da Autenticação FCF040330AABA086

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica : N° 024.081.405



ENERGISA PARA/BA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

BEATRIZ CONRADO DOS SANTOS
AV DR JOAO SOARES DA COSTA 795
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/492170-6

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

26/04/2019

CONSUMO

228

VENCIMENTO

06/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 166,73

cp: 58085-490

rua dos Amigos

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

BEATRIZ CONRADO DOS SANTOS

Roteiro: 17-002-316-5370

83600000001-5 66730149000-5 04921702019-4 04600002019-1

VENCIMENTO

06/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 166,73

MATRÍCULA

492170-2019-04-6



(83) 99855-5088



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Julio Cesar Aciole de Sousa,

RG nº 3.985.613 2ª via, data de expedição 03/08/2017,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 400.949.144-44, com

domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Luíza, Gortão, nº 36,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Oliverdon Silva Santos, cujo o condutor era

Oliverdon Silva Santos.

Veículo: Pao/Ciclomotor / Não 1plac.

Modelo: Shineray XY50Q

Ano: 2011/2012

Placa: QFY30361PB

Chassi: LYXCB202C0213726 REM

Data do Acidente: 06/02/2014

Local e Data: João Pessoa 20 de março de 2019

Julio Cesar Aciole de Sousa Julio Cesar A. de Sousa
Assinatura do Declarante

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Oberdan da Silva Santos

DATA DE NASCIMENTO 18/04/00

NOME DA MÃE Lucimere Silva de Mello

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 979175 PRONTUÁRIO: 100260

DATA DO ATENDIMENTO 06/02/17

HORA DO ATENDIMENTO 18:32

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta da patela D.

CID 10 S82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com queixa de dor em joelho direito, dificuldade de movimento, ferimento corto-contuso em joelho D, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho D

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de patela D.

TRATAMENTO:

Fratura de Patela direita

ALTA HOSPITALAR: 08/02/17

DATA DA EMISSÃO: 07/08/2017 (2ª via emitida em 21/01/19)

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB



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

Nome: <u>Obardan Silva Santos</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão: <u>06/02/17</u>	Alta: <u>06/02/17</u>		Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>fratura exposta do fêmur</u>			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Rx fêmur / 15.07.17</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Dr. Isaac Henrique</u>			
Biópsias: <u>Histopatológico Esclerose</u>			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente evoluiu bem, sem complicações, alta com medicação.</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta:			
Repouso:			
Relativo em casa por, <u>30</u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>30</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>Albendazole / Ibuprofeno</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em <u>14 dias</u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u>em 30 dias</u> para revisão.			
João Pessoa <u>06/02/17</u>			
Ass. Médico/CRM			

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332185736

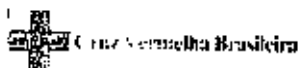
Boletim de Atendimento: 979175



Identificação do paciente				
ID 1137229	Nome OBERDAN SILVA SANTOS		Sexo Masculino	
Data de nascimento 18/04/2000	Idade 16 anos 9 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 100200
Mãe LUCIMERE SILVA DE MELLO	Pai SIDERLEY DOS SANTOS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ROSANGELA DOS SANTOS - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 89	Fone Móvel 86247996	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4121457	Nº Cns 185840795380002		
Local de procedência	Tipo		UF	
E-mail	Naturalidade SOLANEA	CBOR		
Endereço				
CEP 58079810	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO	
Número 8N	Complemento	Bairro GROTÃO		
Admissão				
Data e Hora 06/02/2017 18:32:11	Número da pulseira 1000004274871		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Célica			
Classificação de risco		Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Valor de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperature		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos				
Diagnóstico				CD
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				CD 01min 03seg



Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 979175



Identificação do paciente

ID 1137225	Nome OBERDAN SILVA SANTOS	Sexo (Masculino)
Data de nascimento 18/04/2000	Idade 18 anos 9 meses 19 dias	Estado civil
	Religião	Profissão
Mãe LUCIMERE SILVA DE MELLO	Pai SIDERLEY DOS SANTOS	
Estadualidade	Responsável (Parentesco) ROSANGELA DOS SANTOS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 89	Fone Móvel 88247998	DDD Fixo
		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4121457	Nº Cns 165840795390002
Local de procedência	Tipo	UF
Etnia	Naturalidade SOLANEA	CBO/R

Endereço

CEP 58079810	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Nossa Senhora do Rosário
Número Sn	Complemento	Bairro Grotão	

Admissão

Data e Hora 06/02/2017 18:32:11	Número da pulsa 1000004274871	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X ()	Sangue ()	Urina ()	TC ()	Líquor ()	ECG ()	Ultrasonografia ()
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

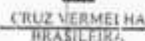


Diagnóstico

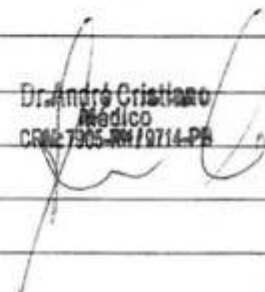
Atendida por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Tempo
01 min 03 seg

Imprimir



1000004274871
OBERDAN SILVA SANTOS BE 97971
DT NASC = 10/04/2000
MAE LUCIMERE SILVA DE MELLO
END. = Nogueira Sathiana do Rosário
N 5N - Grêmio
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR (99) 86247998
IDADE 16
ENTRADA 06/02/2019 14:32:11

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		19/04/2000 NOME LUCIMERE SILVA DE MELLO END : Nossa Senhora do Rosário Nº 58 - Graúna JOÃO PESSOA FONE: () CELULAR (85) 86247898 IDADE 16 DT ENTRADA 06/02/2017 14:32:11
		Ostoper Vu Fina de Arterial Fim em Janela D. Ao Ex. Fe de Janela D. HQ; R. Expecta de Janela D. C.D. Ao Bloco p/ + + 0 Unargica.  Dr. André Cristiano Médico CRM 7905-RM / 19714-PA 

Dr. André Cristiano
Médico
C602-7905-RM / 9714-PR





Primeiro Atendimento Médico

1000004274071 BE 979175
 GIBERDA SILVA SANTOS
 DT NASC: 10/04/2000
 MAE LUCIENE SILVA DE MELLO
 END: Rua Senhora do Rosário
 N 58 - Grajaú
 JORD PESSOR
 FOR: ()
 CELULAR: (85) 86247898
 IDADE: 1A
 DT ENTRADA: 05/02/2017 10:32:11

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de moto que vem
 há 8 dias em estado de deterioração de nív-
 mento. Apresenta furo no corpo contínuo em foleto

EXAME PRIMÁRIO

AS ☒ Pativas ☐ Obstruídas
 CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não
 VENTILAÇÃO:
 TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não
 RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
 HTE ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2- RUÍDOS

HTD ☐ Sim ☒ Não
 HTD ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores
 HTE ☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Estertores

FR: ☐ Imp ☐ SaO₂ %

3- T NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontâneas	5	5
A solicitação verbal	3	4
Ao contínuo estímulo	2	3
Nenhuma	1	2
		1
TOTAL: 15		

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
 TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria
 PULSO: ☒ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
 BULHAS: ☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
 SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente
 BE OU 64: ☐ Sim ☐ Não

FC: ☐ bpm PA: ☐ X mmHg T: ☐ °C

ECG:

ABDOMEN:

Rigidez, indolência palpável

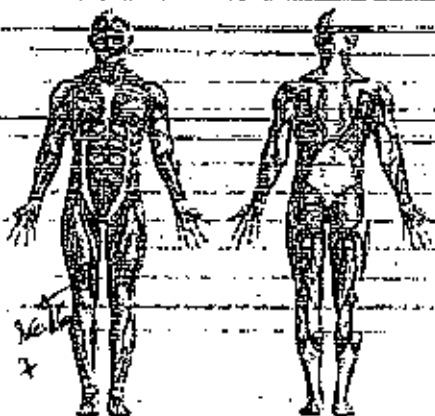


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim:MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim:IMUNIZAÇÃO: ☒ Não ☐ Sim:PATOLOGIA: ☒ Não ☐ Sim:ALIMENTOS INGERIDOS: ☒ Não ☐ Sim:

LOCAL DA LESÃO

Identifique a local com o número correspondente ao lado



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrisão | 19. Fratura Óssea Fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura Óssea Aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria Nervosa |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão Tendínea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalamento | 26. Mordedura |
| 9. Erisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma Branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de Fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Contuso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-Contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-Contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|---|--|
| ☒ Radiografias | ☐ Lavado peritoneal |
| ☐ Ultrassonografia (FAST) | ☐ Gasometria arterial |
| ☐ Tomografia computadorizada | ☐ Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUZAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1	1º Atendimento		
2	Exame físico		
3	Exame físico - 2º atendimento		
4	Exame físico - 3º atendimento		
5	Exame físico - 4º atendimento		
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ de _____ de _____

Solicito parecer da _____ de _____ de _____

DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar ☐ Desida médica ☐ A pedido☐ Obito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JMC ☐ SVO

SAÍDA

HORAS:

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEEISHU

Nome: Oleander Silva Santos BE/Prontuário: 97.9135
 Idade: 16 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: P Data: 06/02/2017
 Clínica/Setor: Vaginal EMP: LR:
 Cirurgia: Fr Exposta de Tabela D - tto cirurgico
 Cirurgião: Dr João Henrique 1º Assistente: Dr André M R
 2º Assistente: 3º Assistente:
 Instrumentador: Anestesista: Dr David
 Tipo de Anestesia: Rgini Horário: Início Término

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fr Exposta de Tabela D	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
tto cir Fr Exposta de Tabela D	



Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição:

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: André

Dr. André Cristiano
Médico
CRM: 7905 341/97-4-PP

João Pessoa, 06/02/2017

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DO 12 de Anestesia
Anestesia Antimélica
Apexão de corpos externos

Incisão:

longitudinal central, sobre a Tabela

Achados:

Rx Ex parte de Tabela P.

Condução:

- Incisão Divulsa e Redundante
- Limpeza de cáries Exatibol
- Redução Ampla e Fixação CI
- Colagem circular sobre a Tabela de Escoria
- Limpeza CI e FO, 9-1.
- Fechamento por Planos CI/Nylon 2,0
- Tala CI/Nylon 3,0
- Curativo Estéril
- Rx de Controle.

Fechamento:

TALA + TUBO Tálbia



Observação:

Ex parte gran I, OBTADO
70 R SINTÉTICA DEFINITIVA

Dr. André Cristiano
Médico
CRM: 7005-RM/9714-PB

João Pessoa, 06/02/2017

Médico/CRM:

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 06/10/2017

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Osvaldo Silva Costa SEXO: M COR: P IDADE: 16a

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 72 RESPIRAÇÃO 18 TEMPERATURA 36,5 PESO 65 GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES Nenhum

AP. RESPIRATÓRIO 0% AP. CIRCULATÓRIO 0%

AP. DIGESTIVO 0% ESTADO MENTAL Lúcido DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA Fractura de profeta

CIRURGIÃO Dr. João Henrique AUXILIARES Dr. André Luiz (assistente)

INÍCIO DA ANESTESIA 22h TÉRMINO DA ANESTESIA 23h DURAÇÃO DA ANESTESIA 60min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Reyes + Dr. PPF (Dr. PPF) CRM-PB

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA



Assinatura do Anestesiologista

R2 - anestesiologista
Vitor Gadilha

Assinatura do Anestesiologista

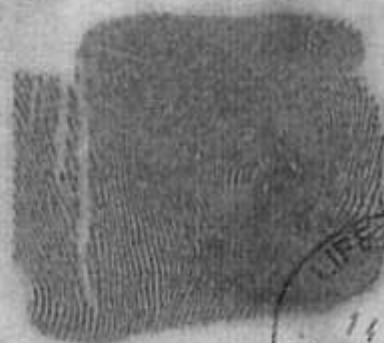
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-001



OSERDAM SILVA SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CRAB DA ADRENA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.121.457

DATA DE EXPEDIÇÃO 30/04/2013

NOME OBERDAN SILVA SANTOS

FILIAÇÃO SIDERLEY DOS SANTOS
LUCIMERE SILVA DE MELLO

NATURALIDADE SOLÂNEA-PB

DATA DE NASCIMENTO 18/04/2000

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº30.798 - LIV.A-30 - FLS.30V - CARTORIO
SOLÂNEA/PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEF Nº 7.116 DE 29/08/83

CAIXA DA MEDIDA DO BRAS



MINISTERIO DA FAZENDA


Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

127.509.424-46

Nome

OBERDAN SILVA SANTOS

Nascimento

18/04/2010

VALIDO SOMENTE COM COMPRO

ANTE DE IDENTIFICACAO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013914477951

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRAT 20180000312911-0

1 0112081844-0 00/00000000 2018

JULIO CESAR ACIOLE DE SOUSA

70094911877 QFY3036/PB

NOVO PB LKTXCHD2C0213726 REM

VEICULO/CICLOMOTO/MARCA APLIC GASOLINA

2/SHIMENY XYSDQ PHOENIX 2011 2012

2 2/29 /CI PARTIC AZUL

1 APVA PAGO EM 00/00/0000 1º

2 2º

3 3º

PRAT 20180000312911-0

***** SEGURO P A G O 24/05/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

JOAO PESSOA - PB 30/05/2018

41793 20453

22 JAN 2018

PROTOCOLO

Scanned with CamScanner





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Osvaldam Silva Santos

DATA DO ACIDENTE 06/02/2018 CPF DA VÍTIMA 194.509.424-46

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Osvaldam Silva Santos

ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Dr. João Soares da Costa

Nº 1495 COMPLEMENTO BAIRRO Cruz das Armas

CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58085-490

E-MAIL TELEFONE (83) 99811-5088

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ FOLHETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/05/2019IDENTIDADE 4.121.957ASSINATURA Osvaldam Silva Santos

RESPONSAVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 14 MAI 2019

NOME

ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321483 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OBERDAN SILVA SANTOS **Data do acidente:** 06/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: 9

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160334/19

Vítima: OBERDAN SILVA SANTOS

CPF: 127.509.424-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/02/2018

Titular do CPF: OBERDAN SILVA SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

OBERDAN SILVA SANTOS : 127.509.424-46

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: 14/05/2019
Nome: OBERDAN SILVA SANTOS
CPF: 127.509.424-46

OBERDAN SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321483

Vítima: OBERDAN SILVA SANTOS

Data do Acidente: 06/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OBERDAN SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321483

Vítima: OBERDAN SILVA SANTOS

Data do Acidente: 06/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OBERDAN SILVA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: OBERDAN SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000109603-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 060334/139 L.F. da vítima: 109.509.424-46 Nome completo da vítima: Olindan Silva Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Olindan Silva Santos CPF: 109.509.424-46
Profissão: Desempregado Endereço: Av. Dr. João Soares da Costa Número: 495 Complemento:
Bairro: Cruz das Armas Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58085-490
E-mail: Tel.(DDD): (83) 99811-5088

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS CADASTRAIS

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5033 CONTA: 109.603
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Ingressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa, Paraíba 14/05/2019
Nome: Olindan Silva Santos
CPF: 109.509.424-46

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Olindan Silva Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00008.01.2019.1.02.050

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00008.01.2019.1.02.050, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:01 horas do dia 30 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Casa da Cidadania de Mangabeira - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Oberdan Silva Santos**, CPF nº 127.509.424-46, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Sem Informação, filho(a) de Lucimere Silva de Mello e Siderley dos Santos, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 18/04/2000 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Doutor João Soares da Costa, Nº 795, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Upa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98839-1477.

Dados do(s) Fatos:

Local: Principal do Colinas do Sul, Mercadinho Ki Preço, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/02/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

que O NOTIFICANTE TRAFEGAVA COM O PAS/VEÍCULO, TIPO MOTOCICLETA, MARCA E MODELO: SHINERAY XY 50 Q PHOENIX, ano e modelo; 2011/2012 de cor azul, placa : QFY 3036/PB, chassi nº LXYXCBL02C0213726 ,registrado em nome de Julio Cesar Aciote de Sousa, CPF nº 700.949.174-77; QUE trafegava normalmente quando o pneu da moto veio a estourar fazendo com que o notificante viesse-a perder o controle e caído ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 07/08/2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S82,0

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 fê.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 30 de janeiro de 2019.


OBERDAN SILVA SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 00008.01.2019.1.02.050

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 060334/19 L.F. da vítima: 109.509.424-46 Nome completo da vítima: Olindan Silva Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Olindan Silva Santos CPF: 109.509.424-46
Profissão: Desempregado Endereço: Av. Dr. João Soares da Costa Número: 495 Complemento:
Bairro: Cruz das Armas Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58085-490
E-mail: Tel.(DDD): (83) 99811-5088

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 5033 CONTA: 109.603 ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: João Pessoa, Paraíba 14/05/2019
Nome: Olindan Silva Santos
CPF: 109.509.424-46

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:
CPF:
2ª | Nome: 11 DATA 2019
CPF:



(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Olindan Silva Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ID 1137229		Nome OBERDAN SILVA SANTOS		Sexo Masculino	
Data de nascimento 18/04/2000		Idade 18 anos 9 meses 28 dias		Estado civil Religião	
Mãe LUCIMERE SILVA DE MELLO		Pai SIDERLEY DOS SANTOS		Responsável (Parentesco) ROSANGELA DOS SANTOS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 69		Fone Móvel 86247595		DDD Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE) 4121457		Número documento 165640795390002		Tipo UF	
Email		Naturalidade SOLANEA		CBO/R	
Endereço					
CEP 58079810		Município de residência JOAO PESSOA		UF PB	
Número 58		Complemento		Bairro GROTAO	
Admissão					
Data e Hora 06/02/2017 18:32:11		Número da pulseira 1000004274871		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL					
Classificação de risco					
Caráter de atendimento		Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente Queda / OUTROS	
Indicadores e Transporte					
Caso policial		Plano de saúde		Veio de ambulância	
Não		Não		Não	
Meio de transporte		Quem transportou		Trauma	
Sinais Vitais					
PA		X		mmHg	
Pulso		Temperatura			
Exames complementares					
Raio X[] Sangue[] Urina[] TC[] Líquor[] ECG[] Ultrasonografia[]					
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Atendido por MARINEL E JANAINA DA COSTA GAMA					

