



Número: **0807360-72.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
OBERDAN SILVA SANTOS (AUTOR)	FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35251 830	08/10/2020 09:54	<u>2755119_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

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

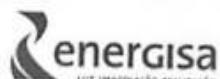


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809540938700000033684307>
Número do documento: 20100809540938700000033684307

Num. 35251830 - Pág. 1

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento tem valor fiscal.
Documento não é segunda via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/zona da energia elétrica.: Nº 024.081.405



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
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

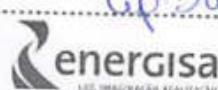
228

VENCIMENTO

06/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 166,73



Acesse: www.energisa.com.br

BEATRIZ CONRADO DOS SANTOS
Roteiro: 17-002-316-5370
83600000001-5 66730149000-5 04921702019-4 04600002019-1



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
06/05/2019	R\$ 166,73	492170-2019-04-6

(83) 99851-5088



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809540938700000033684307>
Número do documento: 20100809540938700000033684307

Num. 35251830 - Pág. 2

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Júlio César Aciole de Souza,

RG nº 3.985.613-9, data de expedição 03/08/2017,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 400.949.346-44, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Lúrida Grotão, 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 Olyndom Silva Santos, cujo o condutor era
Olyndom Silva Santos.

Veículo: P00/0clometro / Não Aplic.

Modelo: Shineray XY50R

Ano: 2011/2019

Placa: QFY30361PB

Chassi: LxyxcsL02C0013126 REM

Data do Acidente: 06/02/2019

Local e Data: João Pessoa 06. de Março de 2019

x Júlio César Aciole de Souza Júlio César A. de Souza
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 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





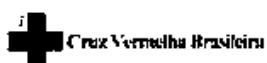
Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: Oberdan Silve Santos		Nº de BE:		
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão:	16/02/17	Alta:	17/02/17	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: Tumorexiste há 12				
Diagnóstico Definitivo:				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames: Rx de 16/02/17				
Cirurgia realizada - data e equipe: Dr. Ismael Lemos Jr.				
Biópsias: Dicomprimido Cacogâmica				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim() não()				
Resultado bacteriológica:				
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia()				
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>Exame de alta confirmado</i>				
Orientações Pós Alta				
Dieta:				
Repouso:				
Relativo em casa por, 10 dias.				
Retorno às atividades sem esforço físico em, 3 dias.				
Retorno às atividades com esforço físico leve, 1 dia e com maior em, 1 dia.				
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: Rx de 16/02/17 / Rx de 17/02/17				
Retorno: Ao posto de saúde em 14 dias para retirada de ponto. Ao ambulatório em 30 dias para revisão.				
João Pessoa, 26/02/17				
Ass. Médico/CRM				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				

P(NG).APC.002-2





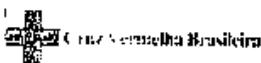
Identificação do paciente			
ID 1137229	Nome OBERDAN SILVA SANTOS		Sexo Masculino
Data de nascimento 10/04/2000	Idade 16 anos 9 meses 28 dias	Estado civil	Religião
Mae LUCIMERE SILVA DE MELLO	Pai SIDERLEY DOS SANTOS		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ROSANGELA DOS SANTOS - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 89	Fone Móvel 06247396	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4121457	NP Crs 165540795380002	
Local de procedência		Type	UF
Email	Naturalidade SOLANEA	CBOR	
Endereço			
CEP 58070010	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Ledrasuro NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO
Número SN	Complemento	Bairro GROTÃO	
Admissão			
Data e Hora 06/02/2017 18:32:11	Número da pulseira 1000004274871	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Cítrica		
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	Piano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares			
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA			

Imprimir



15/02/2017 10:10





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 979175



Identificação do paciente

ID 1137229	Nome OBERDAN SILVA SANTOS			Sexo (Masculino)
Data de nascimento 15/04/2000	Idade 16 anos 9 meses 19 dias	Estado civil	Religião	Pronomeiro
Mae LUCIMERE SILVA DE MELLO				Pal SIDERLEY DOS SANTOS
Educandado				Responsável (Parentesco) ROSANGÉLA DOS SANTOS - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 89	Fone Móvel 66247998	DDD Fijo	Fone Fijo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4121457	Nº Crm 1658-0795390002		
Local de procedência				Tipo UF
Email	Naturalidade SOLANEIA			CBO/R

Endereço

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

Admissão

Data e Hora 06/02/2017 18:32:11	Número de pulseira 1000004274871	Comunicação SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Centro de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso particular Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X	Plano de saúde mmHg	P脉搏	Temperatura
---------	------------------------	-----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	ASSOCIAÇÃO
Dados clínicos							



Diagnóstico

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Tempo
01min 03seg

Imprimir

06/02/2017 18:31

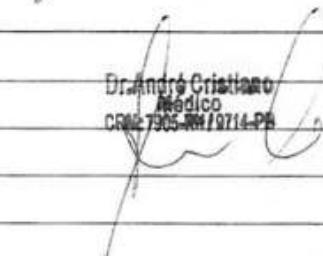




CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DATA	HORA	DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO
		<p style="text-align: right;">NAME: LUCIMERE SILVA DE MELLO END: Nossa Senhora do Rosário N 34 - Grotto JOAO PESSOA FONE: (83) 86247998 CELULAR: (83) 86247998 TORDE 16 DT ENTRADA: 06/02/2012 14:32:11</p> <p>Otorrin Vufar se Aun c/ fui em jardim D. Ao lado de Jardim D. HOJ: Faz expectativa de rebote D. AA: Ao Bloco P/ TTO Cirurgico.</p> <p style="text-align: right;">Dr. André Cristiano Médico CRM: 7905/RN/0714-PB</p> <p style="text-align: center;">  LIFE ASSESSORIA 14 MAR 2010 CORRETORA DE SEGUROS </p>





PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

Primeiro Atendimento Médico

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de proa, que caiu de 8m de altura em veículo P4, dificuldade de respiração - 10. Ambiente fumante e o contínuo uso de álcool.

10000004274871 BE 979175
GIBERDAN SILVA SANTOS
DT NASC.: 10/04/2003
MRE LUCINERNE SILVA DE MELLO

END.: Rua São João da Boa Fé
N. 50 - Centro
JORD. PESSOA
FONE: (83) 36247898
CELULAR: 8692-86247898
IDADE: 14
DT. ENTRADA: 06/02/2017 18:32:11

EXAME PRIMÁRIO

AS: Pérvias (Obstruídas)

CERVICAL IMOBILIZADA: (Sim) Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: Sim (Não)

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: Sim (Com dificuldade)

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA:

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

HTD: HTE: Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

2- RUIDOS

sim

HTO: Roncos

Sibilos

Esterotos

Não

FR: Imp

HTE: Roncos

Sibilos

Esterotos

SaO₂

: %

3- NEUROLÓGICO

Pupilas: (Fotoreageente)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR

Espontânea

À solicitação verbal

Ao contínuo estímulo

Nenhuma

TOTAL:

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

Normal (Pálida) (Cianótica)

Pletórica (Ictérica)

TEMPERATURA DA PELE:

Normal (Quente) (Fria)

PULSO:

Normal (Aumentado)

Fino (Ausente)

AUSCUTA CARDÍACA

Regular (Irregular) (Ausente)

RITMO:

Normatonéticas (Hipotonéticas)

BULHAS:

Hipotonéticas (Ausente)

SOPRO:

Presente (Ausente)

BE OU 64

Sim (Não)

FC:

bpm PA: X mmHg T: °C

ECG:

ABDOMEN:

Arredondado, indolor à palpação

LIRE ASSESSORIA
CORRETORA DE SEGUROS

MELHOR RESPOSTA VERBAL

ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA
(<4anos)

MELHOR RESPOSTA MOTORA

CORRETORA DE SEGUROS

1 2 3 4 5 6

7 8 9 10 11 12

13 14 15 16 17 18

19 20 21 22 23 24

25 26 27 28 29 30

31 32 33 34 35 36

38 39 40 41 42 43

45 46 47 48 49 50

52 53 54 55 56 57

59 60 61 62 63 64

66 67 68 69 70 71

73 74 75 76 77 78

81 82 83 84 85 86

89 90 91 92 93 94

96 97 98 99 100 101

103 104 105 106 107 108

109 110 111 112 113 114

116 117 118 119 120 121

123 124 125 126 127 128

129 130 131 132 133 134

136 137 138 139 140 141

143 144 145 146 147 148

149 150 151 152 153 154

156 157 158 159 160 161

163 164 165 166 167 168

170 171 172 173 174 175

177 178 179 180 181 182

185 186 187 188 189 190

192 193 194 195 196 197

199 200 201 202 203 204

206 207 208 209 210 211

213 214 215 216 217 218

220 221 222 223 224 225

227 228 229 230 231 232

235 236 237 238 239 240

242 243 244 245 246 247

249 250 251 252 253 254

256 257 258 259 260 261

263 264 265 266 267 268

270 271 272 273 274 275

277 278 279 280 281 282

285 286 287 288 289 290

292 293 294 295 296 297

299 300 301 302 303 304

306 307 308 309 310 311

313 314 315 316 317 318

319 320 321 322 323 324

326 327 328 329 330 331

333 334 335 336 337 338

339 340 341 342 343 344

346 347 348 349 350 351

353 354 355 356 357 358

359 360 361 362 363 364

366 367 368 369 370 371

373 374 375 376 377 378

380 381 382 383 384 385

388 389 390 391 392 393

395 396 397 398 399 400

402 403 404 405 406 407

409 410 411 412 413 414

416 417 418 419 420 421

423 424 425 426 427 428

429 430 431 432 433 434

436 437 438 439 440 441

443 444 445 446 447 448

450 451 452 453 454 455

457 458 459 460 461 462

464 465 466 467 468 469

471 472 473 474 475 476

478 479 480 481 482 483

485 486 487 488 489 490

492 493 494 495 496 497

499 500 501 502 503 504

506 507 508 509 510 511

513 514 515 516 517 518

519 520 521 522 523 524

526 527 528 529 530 531

533 534 535 536 537 538

539 540 541 542 543 544

546 547 548 549 550 551

553 554 555 556 557 558

560 561 562 563 564 565

571 572 573 574 575 576

578 579 580 581 582 583

585 586 587 588 589 590

593 594 595 596 597 598

599 600 601 602 603 604

606 607 608 609 610 611

613 614 615 616 617 618

620 621 622 623 624 625

627 628 629 630 631 632

635 636 637 638 639 640

642 643 644 645 646 647

649 650 651 652 653 654

656 657 658 659 660 661

663 664 665 666 667 668

670 671 672 673 674 675

677 678 679 680 681 682

685 686 687 688 689 690

693 694 695 696 697 698

699 700 701 702 703 704

706 707 708 709 710 711

713 714 715 716 717 718

719 720 721 722 723 724

726 727 728 729 730 731

733 734 735 736 737 738

740 741 742 743 744 745

750 751 752 753 754 755

756 757 758 759 760 761

763 764 765 766 767 768

769 770 771 772 773 774

776 777 778 779 780 781

783 784 785 786 787 788

789 790 791 792 793 794

796 797 798 799 800 801

803 804 805 806 807 808

810 811 812 813 814 815

817 818 819 820 821 822

824 825 826 827 828 829

829 830 831 832 833 834

836 837 838 839 840 841

843 844 845 846 847 848

849 850 851 852 853 854

856 857 858 859 860 861

863 864 865 866 867 868

869 870 871 872 873 874

876 877 878 879 880 881

883 884 885 886 887 888

889 890 891 892 893 894

896 897 898 899 900 901

903 904 905 906 907 908

910 911 912 913 914 915

917 918 919 920 921 922

924 925 926 927 928 929

929 930 931 932 933 934

936 937 938 939 940 941

943 944 94

EXAME SECUNDÁRIO			
ALERGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:	
MEDICAMENTOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:	
IMUNIZAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:	Não - acute - imunizar
PATOLOGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:	
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:	
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado		
		1 Abreção 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitatio 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efirse subcutânea 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corte-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Lacerção 24 Lesão Tendinea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Quimadura 34 Riorragia 35 Sinais de Isquemia 36	
OBS.:			
QUEIMADURA:	Superfície corporal lesada (regra da palma%)	% Graus de queimadura:	() 1º grau () 2º grau () 3º grau
EXAMES SOLICITADOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Radiografias <i>peito d PP > P</i> <input checked="" type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada		
<input type="checkbox"/> Exame sanguíneo <i>hemato</i> <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>1. Clindamycin</i>		
2	<i>2. curativo</i> <i>Keruquique</i>		
3	<i>3. placa</i> <i>amp + AD</i>		
4	<i>4. SAT SODIUM FM</i>		
5			
6			
7			
8			
9			
10			
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO			
Solicito parecer da:	<i>DRT D. K. TORRES</i>		
Solicito parecer da:			
DESTINO DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico <input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde) <input type="checkbox"/> Internado (setor)		
DATA			
DATA			
SAÍDA	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A revogar <input type="checkbox"/> Desistência <input type="checkbox"/> Íbito <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs. <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> CHMCT <input type="checkbox"/> SVO		
HORAS:			
ASSIN			
ASSIN			
ASSINATURA/CARIMBO	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL		

F(NC).CG-001-1



CROZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC-ISHL

Nome: Olender Silva Santos BE/Prontuário: 07.7175
 Idade: 16 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: P Data: 06/02/2017
 Clínica/Setor: Ingeria EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fx Exposta de Tabela D - tto cirúrgico
 Cirurgião: Dr. Tiago Henrique 1º Assistente: Dr. André M.R.
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. David
 Tipo de Anestesia: RGS Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fx Exposta de Tabela D</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>tto lin Fx Exposta de Tabela D</u>	

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 CirúrgicoMédico/CRM: André

L.º André Christian
CRM: 78054/RN
Médico

João Pessoa, 06/02/2017

P(NG).ASCIR.009-I





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Descrição da Cirurgia

Posição e Preparo:

DPO 14 reple Anestesia
Anestesia Antimotora
Aperigio de corpos estranhos

Incisão:

Longitudinal central, sobre o Tálus.

Achados:

Rx Ex parte do Tálus L.

Conduta:

- Revisão Divisória Pedrinhos
- Limpeza vacânea exaustiva C1 SF0,9-1
- Reduzir Orvalho f/ Fixação c/ cerclagem circular sobre o Tálus com Escovas.
- Limpeza C1 SF0,9-1.
- Facionamento por Flans C1 Nylon 2,0
- Tálus C1 Nylon 3,0
- Cervical Esférico
- Rx de controle.

Fechamento:

- TALATUBO Zollknech.



Observação:

Forro grande I, OPTARO
70% SINTÉSIS DEFINIVA

Médico/CRM:

Dr. André Cristiano
Médico
CRM: 7905-RW/9714-PB

João Pessoa, 06/02/2017

F(NG).ASCIR.009+1





Nota de Sala Cirúrgica

Nome do paciente: Celso Fernandes Sátila Santos					
IDADE: 16	SEXO: M	CONTÍNUO	ENFERMAGIA	LEITO	
CIRURGIA: Tratamento de ferida exp. de Pecten					
CIRURGÃO: Dr. Edilson Henrique & Andrade					
Assistente: Rafaella					
Dra. Michelle e Dr. Edilson					
INSTRUMENTADOR:					
DATA: 06/02/17 - TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INICIO: 11:20 - CIRURGIA: INICIO: FIN: 23:20					
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA I (ASA 1), ASA II (ASA 2), ASA III (ASA 3)					
GRUPO DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA / CONTAMINADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA)					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.					
ALFENTANILA			JELCO N°18	FIOS	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO N°20	FIO CAT GEL CRONADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO N°22	FIO DE AÇO N°	
CETAMINA			JELCO N°24	FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL			KIT SIST DREN TORÁXICA N°	FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N° 20	N
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N°21	FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATÔMOS	FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA CI VASO	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENKERTO	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA CI VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA S/VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL N°8,5	FITA CARDIACA	
NIMODIUM	AGULHA PERÍDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERÍDURAL N°17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC	
PETEDINA	AGULHA PERÍDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI N°21G		SCALP N°9	CIR TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°36G		SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCUROLÍNIO	AGULHA RAQUI N°270		SERONGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERONGA 5ML	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERONGA 10ML	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERONGA 20ML	GRANPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA	SONDA ASP TRAQUEAL N°6	HEMOST ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA PI TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N	SONDA ASP TRAQUEAL N°14	KIT PAN	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP TRAQUEAL N°16	HOLDOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS 8ML	EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASO CURTA	PARAFUSOS CORTICais	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPINHOs	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPINHOs	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA OLELIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLAC	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLAC	
PLASIL		EQUIPO TRANSF SANGUE		PLAC	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPi	FIOS	O2 SPIRADOR	
TEIXOCIAN		ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO 94 N°	INST. ELECTRICO	
		GAZES	FIO ALGODÃO S/A N°	COAGULOGRAFO	
		GAZES ALGODONADAS	FIO ALGODÃO C/A N°	CARDIO MONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A N°	DESFIBRILADOR	
		JELCO N°14		FOCO ALXILAR	
		JELCO N°16		FOCO CENTRAL	
				MICROSCOPIO	
				OXÍMETRO DE PULSO	
				PA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA	
				PERFURADOR ELÉTRICO	
				SERRA	
				CIRCULANTE	
				Vena JCA 1/2	
				FINOASCIR.001-1	
				844401	



FICHA DE ANESTESIA

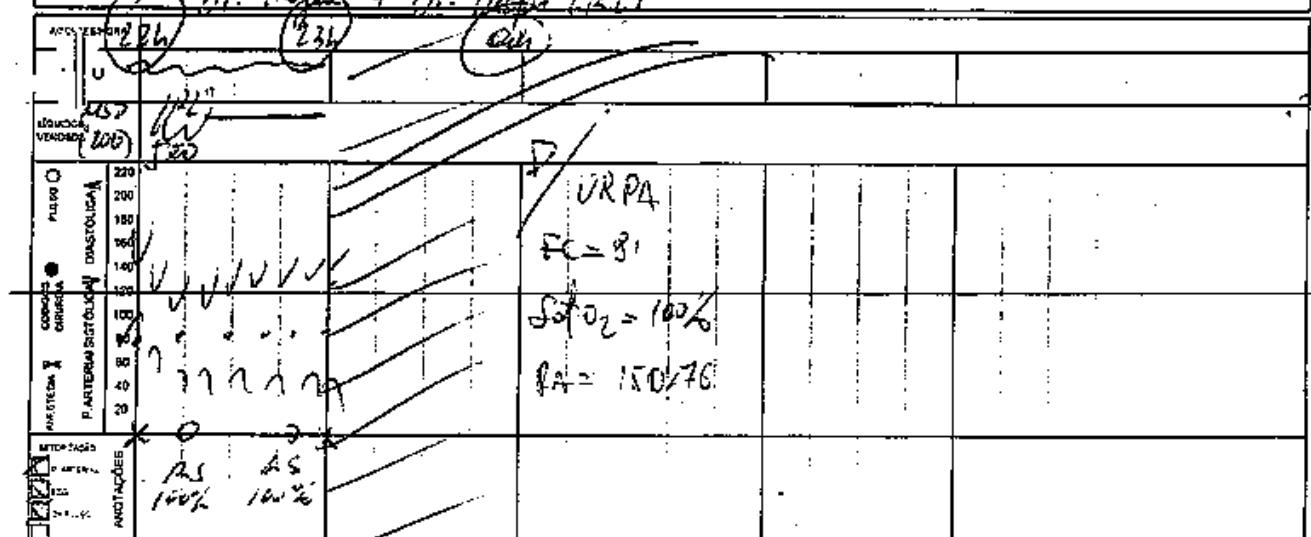
DATA: 06/10/2017

PRONTUÁRIO:

SEXO: M COR: P IDADE: 16a

PACIENTE: Obudom S/sex (arco)

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 72	RESPIRAÇÃO 18/min	TEMPERATURA PESO 65	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	() MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES Nenhum			
AP. RESPIRATÓRIO 0.1	AP. CIRCULATÓRIO 0.2		
AP. DIGESTIVO Jejum	ESTADO MENTAL 20/20	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO	ESTADO FÍSICO (ASA)		
DOSE/HORA			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			
CIRURGIA REALIZADA Tumor hepático espesso da hérnia			
CIRURGÃO Dr. José Henrique	AUXILIARES Dr. André Lopes (res.)		
INÍCIO DA ANESTESIA 22h	TÉRMINO DA ANESTESIA 23h	DURAÇÃO DA ANESTESIA 60min.	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH..	VALORES R\$	
ANESTESISTA Dr. Roger + Dr. MF (2.6)		CRM-PB	



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPICURAL	<input type="checkbox"/> BLOC PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOC NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1	Bisoprop 12,5mg - inf.	11			
2	Glicazida 10g - inf.	12			
3	Metformina 1000mg - inf.	13			
4	Thiambar 1g - inf.	14			
5	Alucerona 2g - inf.	15			
6	Efedrina 30mg - inf.	16			
7		17			
8		18			
9		19			
10		20			
DESTINO DO PACIENTE					
<input type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA				
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> REABILITACAO				
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	VRDA				
OBSERVAÇÕES INFORMAÇÕES					
Foto resfriado na frigobar. Fiz a perfusão de sangue. Puxei para a resfriada. 6.1 - 22.10 - 1000ml de sangue. Infuso de Bisoprop 12,5mg - fer. infusão					

ASSINATURA DO ANESTESISTA

RJ - anestesista
Médico Geral HA





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809540938700000033684307>
Número do documento: 20100809540938700000033684307

Num. 35251830 - Pág. 15

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.121.457
GERAL

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
SOLANEA/PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LÉTICIA DE SOUZA

DATA DA SOLICITAÇÃO



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

127.509.424-46

Nome

OBERDAN SILVA SANTOS



Nascimento

18/04/2010

ESTADO SCIMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





A circular stamp with the text "LIFE ASSESSORIA" at the top and "CORRETORA DE SEGUROS" at the bottom. In the center, it says "14 MARÇO 2019".



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:54:09
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010080954093870000033684307>
Número do documento: 2010080954093870000033684307

Núm. 35251830 - Pág. 18



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Oberdan Silva Santos
 DATA DO ACIDENTE 06/09/2018 CPF DA VÍTIMA 194.509.424-46
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM A VÍTIMA É Oberdan Silva Santos
 ENDEREÇO DO PORTADOR Av. St. João Sáez da Costa
 N° 195 COMPLEMENTO BAIRRO Luz das Amoras
 CIDADE Jataí UF PR CEP 58085-490
 E-MAIL TELEFONE (63) 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)
- Título de Eleitor (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- 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

- CARTERA 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 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 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 LEGÍVENS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVENS) 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 E QUIEN REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 A 18 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 FÓRMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PÉDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA: 14/05/2019IDENTIDADE: 9.221.957ASSINATURA: Oberdan Silva Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA: 14/05/2019NOME: ASSINATURA: 

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809540938700000033684307>

Número do documento: 20100809540938700000033684307

Num. 35251830 - Pág. 19

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

OBERDAN SILVA SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809540938700000033684307>
Número do documento: 20100809540938700000033684307

Num. 35251830 - Pág. 21



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, contados 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

Carta nº 14310668



220 011153/011154 - carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:54:09
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010080954093870000033684307>
Número do documento: 2010080954093870000033684307

Núm. 35251830 - Pág. 22



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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: $12.50\% \times 13.500,00 =$ 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, retorno 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-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:54:09
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010080954093870000033684307>
Número do documento: 2010080954093870000033684307

Núm. 35251830 - Pág. 23



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: 0260334/19	UF da vítima: MT. 509.494-46	Nome completo da vítima: Abraão Silva Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Abraão Silva Santos		CPF: 304.509.494-46	
Profissão: Desempregado	Endereço: Av. Dr. João Soárez da Costa	Número: 495	Complemento:
Bairro: Cruz das Armas	Cidade: Itapemirim	Estado: RB	CEP: 58085-490
E-mail: 		Tel. (DDD): (031) 99811-5088	

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **103**CONTA: **109.603**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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):

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 Líder 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 discordo 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **João Viana, Paracatu, 14/05/2019**
Nome: **Abraão Silva Santos**
CPF: **304.509.494-46**

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: **14 MAIO 2019**
CPF: _____

Assinatura: _____

LIFE ASSESSORIA

Assinatura: _____

2º | Nome: **14 MAIO 2019**
CPF: _____

Assinatura: _____

LIFE ASSESSORIA

Assinatura: _____

2º | Nome: **14 MAIO 2019**
CPF: _____

Assinatura: _____

LIFE ASSESSORIA

Assinatura: _____

2º | Nome: **14 MAIO 2019**
CPF: _____

Assinatura: _____

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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:54:09
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809540938700000033684307

Número do documento: 20100809540938700000033684307

Num. 35251830 - Pág. 24

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^a Superintendência Regional de Policia Civil
2^a Delegacia Seccional de Policia Civil
Casa da Cidadania de Mangabeira - Setor de
Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

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 Policia Civil Isaias 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 Aciole 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 cair 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 fé.

João Pessoa/PB, 30 de janeiro de 2019.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

Oberdan Silva Santos
OBERDAN SILVA SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 00008.01.2019.1.02.050

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:54:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809540938700000033684307>
Número do documento: 20100809540938700000033684307

Num. 35251830 - Pág. 25



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: 0260334/19	UF da vítima: MT 509.494-46	Nome completo da vítima: Abraão Silva Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Abraão Silva Santos		CPF: 394.509.494-46	
Profissão: Desempregado	Endereço: Avenida Dr. João Soárez da Costa	Número: 495	Complemento:
Bairro: Cruz das Armas	Cidade: Monteiro	Estado: PB	CEP: 58085-490
E-mail: 		Tel. (DDD): (83) 99811-5088	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
AGÊNCIA: 103	CONTA: 109.603	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)			(Informar o dígito se existir)		

Autorizo a Seguradora Líder 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 atende 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 Líder 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 discordo do seu conteúdo.

MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, **João Pessoa, Paraíba 14/05/2019**
Nome: **Abraão Silva Santos**
CPF: **394.509.494-46**

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
2º | Nome: **14 MAIO 2019**
CPF: _____
Assinatura _____
LIFE ASSESSORIA
CORRETORA DE SEGUROS
Assinatura _____

(*) 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.

FPS.001 V001/2018



Identificação do paciente		Boletim de Atendimento: 979175	
ID	Nome	OBERTAN SILVA SANTOS	AV. DRESSES LISBOA, 51 - CONJ. PEDRO GONDI M JO.0 PESSOA - CNES: 454581 - Tel.: 8332165736
113729	Raça	16 anos 6 meses 25 dias	Ser待o: Masculino
Dia de nascimento	Estado Civil	Religião	Promotoria
18/04/2000			100260
Mae	LUCIMERE SILVA DE MELLO	Pa:	SIDERLEY DOS SANTOS
Escaladade	Responsável (Parentesco)	DDD: 89	ROSSANE DELA DOS SANTOS - ACCOMPANHANTE
DDD: Moreira	Fone: Moreir	DDO: Fijo	Fone: Fijo
CEP	Município de residência	UF:	LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO
58079810	JOAO PESSOA	PB	
Número	Completo	SN	
Endereço			
Email	Naturalidade	SOLANEA	CBOF
Telefone de procedência	CPF:	4121457	RG (DENTRADA)
DDD: Moreira	Fone: Moreir	866247998	Nº/GMS
DDO: Moreira	Fone: Moreir	18654079539002	
CEP	Município de residência	UF:	LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO
06020000	JOAO PESSOA	PB	
Admissão			
Data e Hora	06/02/2017 16:32:11	Número da Placa	1000004274871
Especialidade	CIRURGIA GERAL	Centrinho	SUS
Classificação de risco	Ongem de paciente	RUA	QUEDA / OUTROS
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente	QUEDA / OUTROS
Caso policial	Pâmo de saúde	Vídeo de ambulância	Não
Moto de passageiro	Não	Quem transportou	Não
Carro de Passageiros			
Sinais Vitais	X	mmhg	Pulse
PA		Temperatura	
Exames complementares			
Raio X ()	Sangue ()	Urina ()	Tc ()
Liquor ()			Ecg ()
Urinesonografia ()			
Dados clínicos			
LEIA ASSINATURA			
CORRETORA DE SEGUROS			
MARNELE JANAINA DA COSTA GAMA			
Assinado por: MARNELE JANAINA DA COSTA GAMA			
Tempo: 03seg			
Data: 14 MAI 2019			
Impresso			



Bolotim de Atendimento: 979175

AV. DRESSES LISBOA, 51 - CONJ. PEDRO GONDI M JO.0 PESSOA - CNES: 454581 - Tel.: 8332165736

ID: 113729

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 18/04/2000

Raça: Branca

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Promotoria: 100260

Mae: LUCIMERE SILVA DE MELLO

Escaladade: Responsável (Parentesco): SIDERLEY DOS SANTOS

DDD: Moreira: 89

DDO: Moreira: 866247998

CEP: 58079810

Município de residência: JOAO PESSOA

UF: PB

Logradouro: LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO

Número: 1000004274871

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 18/04/2000

Raça: Branca

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Promotoria: 100260

Mae: LUCIMERE SILVA DE MELLO

Escaladade: Responsável (Parentesco): SIDERLEY DOS SANTOS

DDD: Moreira: 89

DDO: Moreira: 866247998

CEP: 58079810

Município de residência: JOAO PESSOA

UF: PB

Logradouro: LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO

Número: 1000004274871

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 18/04/2000

Raça: Branca

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Promotoria: 100260

Mae: LUCIMERE SILVA DE MELLO

Escaladade: Responsável (Parentesco): SIDERLEY DOS SANTOS

DDD: Moreira: 89

DDO: Moreira: 866247998

CEP: 58079810

Município de residência: JOAO PESSOA

UF: PB

Logradouro: LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO

Número: 1000004274871

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 18/04/2000

Raça: Branca

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Promotoria: 100260

Mae: LUCIMERE SILVA DE MELLO

Escaladade: Responsável (Parentesco): SIDERLEY DOS SANTOS

DDD: Moreira: 89

DDO: Moreira: 866247998

CEP: 58079810

Município de residência: JOAO PESSOA

UF: PB

Logradouro: LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO

Número: 1000004274871

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 18/04/2000

Raça: Branca

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Promotoria: 100260

Mae: LUCIMERE SILVA DE MELLO

Escaladade: Responsável (Parentesco): SIDERLEY DOS SANTOS

DDD: Moreira: 89

DDO: Moreira: 866247998

CEP: 58079810

Município de residência: JOAO PESSOA

UF: PB

Logradouro: LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO

Número: 1000004274871

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 18/04/2000

Raça: Branca

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Promotoria: 100260

Mae: LUCIMERE SILVA DE MELLO

Escaladade: Responsável (Parentesco): SIDERLEY DOS SANTOS

DDD: Moreira: 89

DDO: Moreira: 866247998

CEP: 58079810

Município de residência: JOAO PESSOA

UF: PB

Logradouro: LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO

Número: 1000004274871

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 18/04/2000

Raça: Branca

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Promotoria: 100260

Mae: LUCIMERE SILVA DE MELLO

Escaladade: Responsável (Parentesco): SIDERLEY DOS SANTOS

DDD: Moreira: 89

DDO: Moreira: 866247998

CEP: 58079810

Município de residência: JOAO PESSOA

UF: PB

Logradouro: LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO

Número: 1000004274871

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 18/04/2000

Raça: Branca

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Promotoria: 100260

Mae: LUCIMERE SILVA DE MELLO

Escaladade: Responsável (Parentesco): SIDERLEY DOS SANTOS

DDD: Moreira: 89

DDO: Moreira: 866247998

CEP: 58079810

Município de residência: JOAO PESSOA

UF: PB

Logradouro: LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO

Número: 1000004274871

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 18/04/2000

Raça: Branca

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Promotoria: 100260

Mae: LUCIMERE SILVA DE MELLO

Escaladade: Responsável (Parentesco): SIDERLEY DOS SANTOS

DDD: Moreira: 89

DDO: Moreira: 866247998

CEP: 58079810

Município de residência: JOAO PESSOA

UF: PB

Logradouro: LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO

Número: 1000004274871

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 18/04/2000

Raça: Branca

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Promotoria: 100260

Mae: LUCIMERE SILVA DE MELLO

Escaladade: Responsável (Parentesco): SIDERLEY DOS SANTOS

DDD: Moreira: 89

DDO: Moreira: 866247998

CEP: 58079810

Município de residência: JOAO PESSOA

UF: PB

Logradouro: LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO

Número: 1000004274871

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 18/04/2000

Raça: Branca

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Promotoria: 100260

Mae: LUCIMERE SILVA DE MELLO

Escaladade: Responsável (Parentesco): SIDERLEY DOS SANTOS

DDD: Moreira: 89

DDO: Moreira: 866247998

CEP: 58079810

Município de residência: JOAO PESSOA

UF: PB

Logradouro: LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO

Número: 1000004274871

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 18/04/2000

Raça: Branca

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Promotoria: 100260

Mae: LUCIMERE SILVA DE MELLO

Escaladade: Responsável (Parentesco): SIDERLEY DOS SANTOS

DDD: Moreira: 89

DDO: Moreira: 866247998

CEP: 58079810

Município de residência: JOAO PESSOA

UF: PB

Logradouro: LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO

Número: 1000004274871

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 18/04/2000

Raça: Branca

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Promotoria: 100260

Mae: LUCIMERE SILVA DE MELLO

Escaladade: Responsável (Parentesco): SIDERLEY DOS SANTOS

DDD: Moreira: 89

DDO: Moreira: 866247998

CEP: 58079810

Município de residência: JOAO PESSOA

UF: PB

Logradouro: LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO

Número: 1000004274871

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 18/04/2000

Raça: Branca

Estado Civil: Solteiro

Religião: Católico

Promotoria: 100260

Mae: LUCIMERE SILVA DE MELLO

Escaladade: Responsável (Parentesco): SIDERLEY DOS SANTOS

DDD: Moreira: 89

DDO: Moreira: 866247998

CEP: 58079810

Município de residência: JOAO PESSOA

UF: PB

Logradouro: LOGRADOURO NOSSA SENHORA DO ROSARIO

Número: 1000004274871

Nome: OBERTAN SILVA SANTOS

Sexo: Masculino