



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
35251830	08/10/2020 09:54	2755119_CONTESTACAO_Anexo_02	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



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

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



ENERGISA PARAÍSA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 28 - Crato 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



VENCIMENTO

06/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 166,73

MATRÍCULA

492170-2019-04-6

BEATRIZ CONRADO DOS SANTOS

Roteiro: 17-002-316-5370

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



Acesse: www.energisa.com.br

(83) 99811-5088



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, Julio Cesar Aciole de Sousa,
RG nº 3.985.613 2ª via, data de expedição 03/08/2014,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 400.949.344-44, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Luíza, Centro, nº 36,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Olexand Silva Santos, cujo o condutor era
Olexand Silva Santos.

Veículo: Pou/Cilometro / Não Apte.
Modelo: Shimray xy50Q
Ano: 2011/2012
Placa: QFY3036/PB
Chassi: LxyxCBLO2C0213726 REM
Data do Acidente: 06/02/2014

Local e Data: João Pessoa 20 de março de 2014

x 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 PRONTUARIO: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





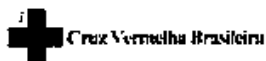
Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Obardan Silva Santos</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão: <u>06/22/17</u>	Alta: <u>06/22/17</u>		Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>fratura exposta fêmur</u>			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Rx fêmur / 12/17</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Dr. Isaac Henrique</u>			
Biópsias: <u>Histopatológica e citológica</u>			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (<input checked="" type="checkbox"/>) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado (<input checked="" type="checkbox"/>) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente em boas condições</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>120</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>Clonazepam / 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>06/22/17</u>			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

F(NG).APC.002-2





AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454861 - Tel.: 8332188736

Boletim de Atendimento: 979175



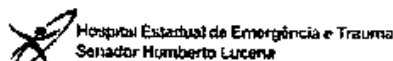
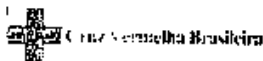
Identificação do paciente						
ID 1137229	Nome OSERDAN SILVA SANTOS			Sexo Masculino		
Data de nascimento 18/04/2000	Idade 16 anos 9 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 100200		
Mãe LUCIMERE SILVA DE MELLO		Pai SIDERLEY DOS SANTOS				
Escolaridade		Responsável (Parentesco) ROSANGELA DOS SANTOS - ACOMPANHANTE				
DDD Móvel 89	Fone Móvel 86247996	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4121457	Nº Cns 185840785380002				
Local de procedência		Tipo	UF			
Email	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 pulseira 1000004274871	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
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 []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendida por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA						



Imprimir

15/02/2017 10:10





ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 979175



Identificação do paciente

ID 1137229	Nome OBERDAN SILVA SANTOS	Sexo (Masculino)
Data de nascimento 18/04/2000	Idade 18 anos 9 meses 19 dias	Estado civil Prontuário
Mãe LUCIMERE SILVA DE MELLO	Pai SIDERLEY DOS SANTOS	
Escritório	Responsável (Parentesco) ROSANGELA DOS SANTOS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 89	Fone Móvel 88247998	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo de documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4121457	Nº Cns 165840795380002
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 Gratão	

Admissão

Data e Hora 06/02/2017 18:32:11	Número da pulseira 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 parcial 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 []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Tempo
01 min 03 seg

Imprimir



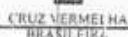
06/02/2017 18:31

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. 7



1000004274071
OBERDAN SILVA SANTOS
DT NASC 10/08/1979

1000004274071
OBEDIAN SILVA SANTOS BE 979171
DT NASC 10/04/2000
RAE LUCINEIRE SILVA DE MELLO

END. Nogueira Silva de Mello
N 5N - Greiro
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR (99) 86247998
IDADE 26
DT. ENTRADA 06.02/2017 1h 32.1

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		<p> <small> RUE LUCIENE SILVA DE MELLO END: Nossa Senhora do Rosário N. 5N - Graça JOÃO PESSOA FONE: (11) CELULAR (85) 86247898 TORDE 16 DT. EMISSÃO 06/02/2019 16:32:11 </small> </p> <p> Otopia Vulva de Amn c/ Fun em parede D. AO RP RP de Tabela D. HA; R Exprota de Tabela AO AO Bloco 1/1 + 0 Cirurgia. </p> <p> Dr. André Cristiano Médico CRM 7905-RM/19714-PA </p> <p> LIFEASSESSORIA 14 mar 2019 CORRETORA DE SEGUROS </p>

Dr. André Cristiane
Médico
CRM 7905-SP / 9714-P





Primeiro Atendimento Médico



1000084274031 BE: 979175
GERARDA SILVA SANTOS
DT NASC.: 10/04/2003
MAE: LUCIENE SILVA DE MELLO

END.: Rua Senhora do Rosário
N. 58 - Centro
JARDIM PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (85) 95247998
IDADE: 16
DT. ENTRADA: 05/02/2017 18:32:11

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 dificuldade de movi-
mento. Apresenta ferimento contínuo em face

EXAME PRIMÁRIO

As ☒ Pérvias ☐ Oclusivas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

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

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

2- RUÍDOS

☐ Sim
☒ Não

HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: ☐ Imp ☐ SaO₂ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pleetórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO: ☒ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS: ☐ Normotonéticas ☐ Hipotonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente

BE OU 64: ☐ Sim ☐ Não

FC: ☐ bpm .PA: ☐ X mmHg T: ☐ °C

ECG: ☐

ABDOMEN

Abdomem indolente à palpação

5 T NEUROLÓGICO

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

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Esontâneas	5	Obedece aos comandos
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto
		Nenhuma / Nenhuma
		Extensão Anormal (decerebração)
		Nenhuma
TOTAL: 15		

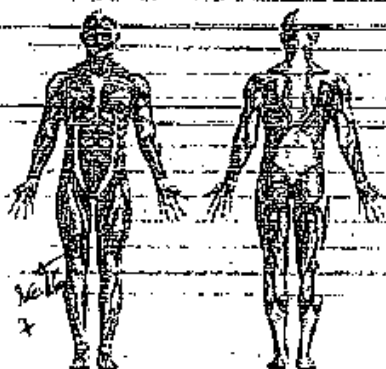
F(NG).CC.D01-1



EXAME SECUNDÁRIO

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

LOCAL DA LESÃO: Identifique o local com o número correspondente ao lado



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abreção | 19. Fratura Óssea Fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura Óssea Aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injurgamento Nervoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão Tendínea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empelamento | 26. Mordedura |
| 9. Erisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 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 torax D AP, P ☐ Lavado peritoneal
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUZAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1º atendimento		
2	Exaturo - Ressonância		
3	Exaturo - Ressonância		
4	Exaturo - Ressonância		
5	Exaturo - Ressonância		
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da: DR. ROBERTO de: _____ de: _____
 Solicito parecer da: _____ de: _____ de: _____

DESTINO DO PACIENTE
 DATA: _____
 DA: _____
 SAÍDA: _____
 HORAS: _____

☐ Centro cirúrgico
☐ Transfêrencia (unidade de saúde)
☐ Internado (setor)
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavaliação ☐ Desistência

☐ Obito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ HMC ☐ SVO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CG-001-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

Nome: Oleudson Silva Santos BE/Prontuário: 977.9135
Idade: 16 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: P Data: 06/02/2017
Clínica/Setor: Vacina 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: Rqui Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CD
<u>Fr Exposta de Tabela D</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>tto Cir Fr Exposta de Tabela D</u>	



Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. André Cristiano
Médico
CRM: 7905.941/97-1-09

João Pessoa, 06/02/2017

F(NG).ASCIR.009-I





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HETSU

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	D.O.H. de Anestesia Anestesia Antimélica Apertura de Curvo Esquerdo
Incisão:	Longitudinal Central, sobre a Tabela
Achados:	Rx Exposta de Tabela P.
Condução:	<ul style="list-style-type: none"> - Incisão Divulgará Papirantes - Limpeza Acetônica Exhaustiva - Redução Omentum + Fixação CI - Circulação Circular sobre a Tabela sob Escopo. - Limpeza CI 5 FO, 9-1. - Fechamento por Planos CI Nylon 2,0 - Pele CI Nylon 3,0 - Curativo Estéril - Rx de Controle.
Fechamento:	TALA + UBO Jallheira
Observação:	Exposto gran I, OPIADO 70 R SINTESE DEFINITIVA



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

João Pessoa, 06/02/2017

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: <u>Cebardan Salla Santos</u>	
IDADE: <u>16</u>	DE <u>02/17</u> CONTÁBIL
CIRURGIÃO: <u>Dr. Jairo Thomaz de Azevedo</u>	ENFERMEIRO: <u>Dr. Mitchell + Dr. Dawson</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Jairo Thomaz de Azevedo</u>	
INSTRUMENTADOR: <u>Dr. Mitchell + Dr. Dawson</u>	
DATA: <u>02/17</u> TEMPO CIRÚRGICO: <u>ANESTESIA INÍCIO: 12:20</u> CIRURGIÃO INÍCIO: <u>12:30</u> FIM: <u>23:20</u>	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIAS - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	
ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)	
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS QTD.	
ALFENTANIL	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	
BUPIVACAÍNA PESADA	
CETAMINA	
DROPERIDOL	
ETOMIDATO	
FENOBARBITAL	
FENTANIL	
FLUMAZENIL	
ISOFLURANO	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	
LIDOCAÍNA C/ VASO	
LIDOCAÍNA S/ VASO	
MIDAZOLAM	
MORFINA	
NIMBUM	
PANCURÔNIO	
PETIDINA	
PROPÓRFOL	
RAMIFENTANIL	
ROCURÔNIO	
SEVOFLURANO	
SUXAMETÔNIO	
TIOPENTAL	
MATERIAIS CONT. QTD.	
JELCO Nº18	
JELCO Nº20	
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST DREN TORÁCICA N°	
LÂMINA BISTURI Nº1	
LÂMINA BISTURI Nº11	
LÂMINA BISTURI Nº21	
LÂMINA BISTURI Nº23	
LÂMINA DE DERMATOMO	
LÂMINA DE ENXERTO	
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	
LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
MÁSCARA CIRÚRGICA	
MULTIVIAS	
PERFURADOR DE SORO	
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	
SERINGA 5ML	
SERINGA 10ML	
SERINGA 20ML	
SONDA ASP TRAQUEAL Nº8	
SONDA ASP TRAQUEAL Nº10	
SONDA ASP TRAQUEAL Nº12	
SONDA ASP TRAQUEAL Nº14	
SONDA ASP TRAQUEAL Nº16	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
SONDA NASOG. CURTA	
SONDA NASOG. LONGA	
SONDA URETRAL Nº	
TORNEIRINHA	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO SILICONE (LATEX)	
FIO CAT GUT CROMADO Nº	
FIO CAT GUT CROMADO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO POLILACTINA Nº	
FIO POLILACTINA Nº	
FIO POLILACTINA Nº	
FIO POLILACTINA Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIGLECAPRONE Nº	
FIO SEDA Nº	
FITA CARDIACA	
MATERIAL ESPECIAL	
CATETER DE PIC	
CIMENTO CIRÚRGICO	
CLIP TITÂNIO LIGADURA	
FIO DE KIRSCHNER Nº	
FIO DE KIRSCHNER Nº	
FIO STEINMAN Nº	
FIO STEINMAN Nº	
GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
HEMOST ABSORVÍVEL	
KIT DERIVA VENTRICULAR	
PROTESE VASCULAR	
KIT PAN	
FIXADOR EXTERNO	
EMPRESA	
PARAFUSOS CORTICAIS	
PARAFUSOS CORTICAIS	
PARAFUSOS ESPONJOSOS	
PARAFUSOS MATEIAIS	
PARAFUSOS MATEIAIS	
PLACA	
PLACA	
EQUIPAMENTOS	
INSPIRADOR	
RISTUR ELÉTRICO	
BO CAPNOGRAFO	
MONITOR CARDIO	
DEFIBRILADOR	
FOCO AUXILIAR	
FOCO CENTRAL	
MICROSCÓPIO	
OXÍMETRO DE PULSO	
PA P INVASIVA NÃO INVASIVA	
PERFURADOR ELÉTRICO	
SERRA	
CIRCULANTE	
244401	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

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

L-001

14 MAR 2016

ASSINATURA DO TITULAR

OSÉDAM SILVA SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE



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

LEI Nº 7.116 DE 19.08.03

CLASSE DE NOTAR DO BRASIL



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

VALIDO SOMENTE COM COMPRO

ANTE DE IDENTIFICAC



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013814477951

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0112081848-0 00700000000 2018

JULIO CESAR ACIOLI DE SOUSA

70094911877 QF13036/PB

NOVO PB LEXUS LX500 2012 13.726 REM

PAR/CICLO/MOTO/HAO APLIC GASOLINA

EXIMERA LX500 PHOENIX 2011 2012

5/45 /CI PARTIC AZUL

IPVA PAGO EM 00700/0000 1º VENC/COTAS

2º 3º

PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

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

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

JOAO PESSOA PB 30/05/2018

41793 20453

20 JAN 2018

PROTÓCOLO

Scanned with CamScanner



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Obardan Silva Santos
 DATA DO ACIDENTE 06/09/2018 CPF DA VÍTIMA 194.509.424-46
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Obardan Silva Santos
 ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Dr. João Soares da Costa
 Nº 1405 COMPLEMENTO BAIRRO Cruz das Almas
 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)
☒ 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
☒ NOTÍFICA 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 E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 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 FISCAIS (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 E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 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

RECEBUELOPELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 14/05/2019DATA 14 maio 2019IDENTIDADE 9.921.954NOME Obardan Silva SantosASSINATURA Obardan Silva SantosASSINATURA 

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





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, 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,

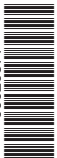
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14310668

Pag. 01153/01154 - carta_01 - INVALIDEZ

00020577





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% 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

Pag. 01671/01672 - carta_15R - INVALIDEZ

00020836



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: 0260334/119 C.F. da vítima: 124.509.424-46 Nome completo da vítima: Orlando Silva Santos

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

Nome completo: Orlando Silva Santos CPF: 124.509.424-46

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) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 103 CONTA: 109.603 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (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.

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 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 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, Paraíba, 14/05/2019

Nome: Orlando Silva Santos

CPF: 124.509.424-46

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Orlando Silva Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome: 11 MAIO 2019

CPF:



(*) 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



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 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 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.

João Pessoa/PB, 30 de janeiro de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


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: 0260334/139 C.F. da vítima: 124.509.424-46 Nome completo da vítima: Orlando Silva Santos

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

Nome completo: Orlando Silva Santos CPF: 124.509.424-46

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).

REDA 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) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 103 CONTA: 109.603 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (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.

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 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 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, Paraíba, 14/05/2019

Nome: Orlando Silva Santos

CPF: 124.509.424-46

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Orlando Silva Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome: 11 MAIO 2019

CPF:



(*) 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	
ID	Nome
1137229	OBERDAN SILVA SANTOS
Data de nascimento	Idade
18/04/2000	16 anos 9 meses 28 dias
Estado civil	Religião
	Portuário
Sexo	100260
Masculino	
Mão	
LUCIMERE SILVA DE MELLO	
Pai	
SIDERLEY DOS SANTOS	
Responsável (Parentesco)	
ROSANGELA DOS SANTOS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel	Fone Móvel
69	86247998
Tipo documento	Número documento
RG (IDENTIDADE)	4121457
Local de procedência	
	UF
	CEBR
Endereço	
CEP	Município de residência
58079810	JOAO PESSOA
Número	Complemento
SN	
Admissão	
Data e Hora	Número da pulseira
06/02/2017 18:32:11	1000004274871
Classificação de risco	Clínica
ESPECIADA	
Indicadores e Transporte	
Caso policial	Plano de saúde
Não	Não
Meio de transporte	Veio de ambulância
CARRO PARTICULAR	Não
Sinais Vitais	Quem transportou
PA	
X	mmHg
Pulso	Temperatura
Exames complementares	
Raio X[]	Sangue[]
Urina[]	TC[]
Liquor[]	ECG[]
Ultrassonografia[]	
Dados clínicos	
Diagnóstico	
Atendido por	
MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA	
Tempo	03seg



Boletim de Atendimento - 979175

AV ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOAO PESSOA - CNES - 454561 - Tel: 8332165736

GOVERNO DA PARAIBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sede Humberto Lucena

Cruz Vermelha Brasileira



Hto. Roberto Torres



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